



## **3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Enfermagem Médico-cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

### **Relatório de Estágio**

*Prevenção do declínio no desempenho das atividades básicas  
de vida diária do idoso hospitalizado:*

*Intervenções de enfermagem em parceria com o idoso na  
promoção do cuidado de Si*

**André Filipe Espinha Borges Antunes**

**2013**







## **3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Enfermagem Médico-cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

### **Relatório de Estágio**

***Prevenção do declínio no desempenho das atividades básicas  
de vida diária do idoso hospitalizado:***

***Intervenções de enfermagem em parceria com o idoso na  
promoção do cuidado de Si***

**André Filipe Espinha Borges Antunes**

**Orientadora:** Professora Doutora Idalina Gomes

**2013**



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Idalina Gomes, professora orientadora deste relatório, e à Enf.<sup>a</sup> Emília Branco, orientadora de local de estágio, por todo o apoio e orientação.

À Cristina, a companheira da minha vida, parceira nos tempos difíceis e meu “porto de abrigo”, obrigado pela compreensão e força de acreditar que seria possível continuar.

À minha família, por toda a disponibilidade prestada ao longo dos tempos e a compreensão pela minha longa ausência durante esta etapa.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado em momentos de maior dificuldade, mas também naqueles de maior alegria.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente à Sílvia, pela sua paciência, suporte na execução deste projeto e partilha de saber.

Aos clientes idosos, familiares e cuidadores com quem contactei, pela sua disponibilidade, carinho e determinação em se tornarem verdadeiros parceiros.

Por fim, a todos os que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos, um Muito Obrigado!



## RESUMO

Dado o crescente envelhecimento da população, e os problemas decorrentes de situações de doença crónica, os cuidados ao cliente idoso devem ser uma preocupação dos profissionais de saúde. Pelas suas características específicas, este pode apresentar-se particularmente vulnerável, pelo que a hospitalização pode ser causadora de incapacidade e de dependência funcional. Neste sentido, dando continuidade a um projeto anterior, e com o intuito de incrementar competências como enfermeiro especialista e mestre no âmbito dos cuidados à pessoa idosa, implementámos este projeto, com a finalidade de desenvolver intervenções de Enfermagem, em parceria com o idoso hospitalizado e cuidador, que prevenissem a sua dependência nas ABVD, promovendo o cuidado de Si. Este foi realizado num serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa, utilizando uma metodologia de projeto e operacionalizando os cuidados através do Modelo de Parceria de Gomes (2009), envolvendo toda a equipa de enfermagem e clientes idosos internados. No diagnóstico da situação e avaliação final recorremos a diferentes instrumentos de colheita de dados, que foram analisados por estatística descritiva e análise de conteúdo, possibilitando obter indicadores de resultados das atividades executadas e refletir nas competências adquiridas. O projeto permitiu fomentar intervenções de enfermagem que previassem a ocorrência de declínio no desempenho das ABVD no idoso hospitalizado, e possibilitou a aquisição de capacidades no âmbito da intervenção, investigação, formação e gestão. Ao desenvolver intervenções de enfermagem, em parceria com o idoso hospitalizado e cuidador, incidindo no grau de (in)dependência das ABVD, com principal foco na mobilidade/marcha e manipulação ambiental, permitiu uma melhoria da sua capacidade funcional e da qualidade dos cuidados de saúde prestados. A estimulação na equipa de enfermagem, visando a criação de ambientes promotores e capacitadores da independência e autonomia do idoso hospitalizado, e correto registo das intervenções, permitiram atender às suas necessidades, através de cuidados em parceria centrados na pessoa, promovendo a funcionalidade e capacitando-os a assumirem o cuidado de Si, facilitando o seu regresso a casa. Por outro lado, possibilitaram aperfeiçoar os estilos de liderança e formação em contexto de trabalho e influenciar processos de mudança nos cuidados de saúde na área da pessoa idosa.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa; ABVD; Hospitalização; Enfermagem; Cuidado de Si.





## ABSTRACT

Given the growing aging population, and the problems arising from situations of chronic disease, the care to elderly client should be a concern of health professionals. By their specific characteristics, this can present particularly vulnerable, that the event of a hospitalization can be a cause of disability and functional dependence situations. In this sense, and continuing a previous project, we have implemented this project with the aim of increasing skills as a nurse specialist and master of elderly care, and in order to develop nursing interventions, in partnership with the hospitalized elder and caregiver, that would prevent his dependence on the Activities of Daily Living, promoting the care of the Self. This was done in a Pulmonology ward of a Central Hospital in Lisbon, using a project's methodology and operationalizing care through the Partnership Model of Gomes (2009), involving all the nursing staff and elderly inpatients. In the diagnosis of the situation and final evaluation it was choose different instruments for collecting data, which were analyzed using descriptive statistics and content analysis, enabling to obtain indicators of results of the activities performed and reflect the skills acquired. The implementation of the project allowed foster nursing interventions which provided the occurrence of decline in the performance of Basic Activities of Daily Living in hospitalized elderly, and also enabled the acquisition of skills in the context of intervention, research, training and management. When developing nursing interventions, in partnership with the hospitalized elderly and caregivers, focusing on the degree of (in)dependency of Basic Activities of Daily Living, with primary focus on mobility/gait and environmental manipulation, allowed an improvement in functional capacity and the quality of healthcare provided. The stimulation in the nursing staff, aiming the creation of environments promoters and enablers of the independence and autonomy of the hospitalized elderly, and the correct record of interventions, allowed suit their needs, through person-centered care in partnership, promoting the functionality and enabling them to assume the care of the Self, facilitating their return home. On the other hand, possible the improvement of leadership styles and training in the workplace, and influence processes of change in the healthcare in the area of elderly.

**Keywords:** Elderly; Basic Activities of Daily of Living; Hospitalization, Nursing, Care of the Self.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AAVD:** Atividades avançadas de vida diária

**ABVD:** Atividades básicas de vida diária

**AIVD:** Atividades instrumentais de vida diária

**AVD:** Atividades de vida diárias

**CIF:** Classificação Internacional de Funcionalidade

**DGS:** Direção Geral de Saúde

**ESEL:** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**HDIR:** Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

**OE:** Ordem dos Enfermeiros

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**OPSS:** Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**UR:** Unidade de Registo

**WHO:** World Health Organization



## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO .....	17
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	21
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	25
2.1. O envelhecimento e a hospitalização na pessoa idosa como processo de transição .....	25
2.2. O declínio no desempenho das atividades básicas de vida no idoso hospitalizado.....	27
2.3. Intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção do declínio no desempenho das atividades básicas de vida diária do idoso hospitalizado.....	30
2.4. A parceria nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si .....	37
3. METODOLOGIA DO PROJETO .....	41
3.1. Desenho do Projeto.....	41
3.2. Finalidade e Objetivos Gerais .....	42
3.3. Planeamento .....	42
3.4. Execução e avaliação das atividades desenvolvidas e aprendizagens adquiridas .....	44
4. CONCLUSÃO .....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69

## **APÊNDICES**

**Apêndice I:** Revisão da literatura - Intervenções de enfermagem que previnem o declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD do doente idoso hospitalizado

**Apêndice II:** Cronograma de atividades

**Apêndice III:** Questionário aplicado à equipa de enfermagem sobre a importância atribuída às intervenções direcionadas para a prevenção do declínio no desempenho das ABVD do cliente idoso hospitalizado

**Apêndice IV:** Análise de conteúdo dos questionários aplicados à equipa de enfermagem e à enfermeira-chefe sobre a importância atribuída à avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado

**Apêndice V:** Grelha de observação dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados

**Apêndice VI:** Resultados e análise inicial dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados

**Apêndice VII:** Indicadores da parceria utilizados na observação das práticas da equipa de enfermagem

**Apêndice VIII:** Notas de Observação das Práticas

**Apêndice IX:** Poster Científico: “Prevenção do declínio no desempenho das atividades básicas de vida diária (ABVD) do idoso hospitalizado: Intervenções de enfermagem em parceria com o idoso na promoção do cuidado de Si”

**Apêndice X:** Plano da sessão de formação

**Apêndice XI:** Apresentação em diapositivos de Power Point da sessão de formação

**Apêndice XII:** Folha de avaliação da sessão de formação

**Apêndice XIII:** Estudo de caso

**Apêndice XIV:** Resultados e análise final dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados

**Apêndice XV:** Grelha de observação da aplicação do índice de Barthel aos idosos hospitalizados

**Apêndice XVI:** Reflexão solicitada à equipa de enfermagem sobre os contributos do projeto

**Apêndice XVII:** Análise de conteúdo das reflexões solicitadas à equipa de enfermagem sobre os contributos do projeto

**Apêndice XVIII:** Guião da entrevista não estruturada aplicada ao idoso hospitalizado ou ao cuidador

## **ANEXOS**

**Anexo I:** Manual de intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas atividades básicas de vida diária

**Anexo II:** Índice de Barthel

**Anexo III:** Folha de colheita de dados de enfermagem e escalas implementadas no serviço

**Anexo IV:** Instrumentos complementares na avaliação multidimensional, durante a prestação direta de cuidados ao idoso hospitalizado





## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 1</b> – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “avaliação do cliente idoso” .....	58
<b>Gráfico 2</b> – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “contexto de vida” .....	58
<b>Gráfico 3</b> – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “contexto de doença” .....	58
<b>Gráfico 4</b> – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “rede de apoio” .....	58
<b>Gráfico 5</b> – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “avaliação do cliente idoso” .....	59
<b>Gráfico 6</b> – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “Conhece o cliente idoso/cuidador face à sua independência nas ABVD” .....	59
<b>Gráfico 7</b> – Distribuição da taxa de recuperação do declínio no desempenho das ABVD ao longo do estágio .....	60



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional impõe novos desafios aos profissionais de saúde, assentes na preocupação de manter uma vida autónoma e independente na população idosa<sup>1</sup>. De acordo com os Censos do ano de 2011, esta população representa 19% da população residente em Portugal, existindo, para cada 100 jovens, 129 pessoas idosas (INE, 2012). Neste contexto e perante o aumento da esperança média de vida, a OPSS (2012) refere que apenas 13% das pessoas idosas portuguesas reportam apresentar um bom nível de saúde, fenómeno que se traduz numa crescente necessidade de procura de cuidados de saúde diferenciados, como a hospitalização (DGS, 2004; Sequeira, 2010).

A pessoa idosa, de acordo com Meleis, Ayer, Em, Messias e Schumacher. (2000), ao longo da sua vida experiencia múltiplas transições, principalmente transições de desenvolvimento e de saúde-doença (Schumacher, Jones e Meleis, 1999). Aquando a ocorrência de uma transição de saúde-doença, como a necessidade de hospitalização, esta apresenta uma maior vulnerabilidade, podendo sofrer complicações adversas à sua funcionalidade, como por exemplo, a perda da independência no desempenho das suas AVD, desencadeando um declínio funcional (Graf, 2007; Saint-Hubert, Schoevaerdt, Poulain, Cornette e Swine, 2009). Neste processo, o declínio funcional assume-se como um grave problema, afetando entre 25 a 60% dos idosos hospitalizados, podendo conduzir a casos de dependência e de institucionalização ou, até mesmo, à morte (Francis, 2005; Menezes, Oliveira e Menezes, 2010).

Desta forma, durante o período de hospitalização, a pessoa idosa, inserida num ambiente que não lhe é familiar, é forçada a criar estratégias de adaptação ao meio hospitalar, envolvendo o desenvolvimento de novas competências, relacionamentos e papéis, de modo a experienciar uma transição saudável e prevenir uma situação de declínio funcional (Schumacher et al., 1999). É neste contexto que o enfermeiro desempenha um papel crucial, direcionando as suas intervenções, de modo a

---

<sup>1</sup> População idosa: abrange os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (WHO, 2012)

estabelecer um trabalho de parceria com o idoso hospitalizado e cuidador<sup>2</sup>, com o intuito de prevenir e recuperar de situações de declínio funcional, sendo promotor do bem-estar e do cuidado de Si (Gomes, 2002).

A atuação do enfermeiro deverá incidir no controlo dos fatores de risco para o declínio funcional, através do conhecimento do estado funcional do idoso prévio à admissão, monitorizando a sua evolução ao longo do internamento e implementando intervenções preventivas, que permitam diminuir os efeitos adversos resultantes da hospitalização (Boltz, Capezuti, Shabbat e Hall, 2010; Menezes et al., 2010). É nesta etapa que o enfermeiro desempenha uma intervenção preponderante, na identificação de idosos hospitalizados em risco de declínio funcional, procurando conhecê-los genuinamente e planificando cuidados personalizados que estimulem a sua participação ativa. A organização dos cuidados com o objetivo de facultar intervenções que previnam o declínio funcional, especificamente que incidam na mobilidade intra-hospitalar e na adaptação do ambiente hospitalar, previnem complicações iatrogénicas e promovem a independência, apresentando melhores resultados ao nível da qualidade de vida do idoso hospitalizado (King, 2006; Padula, Hughes e Baumhover, 2009; Boltz, Resnick, Capezuti, Shuluk e Secic, 2012). Apresentando-se esta uma problemática atual, e suportada pela evidência científica, com repercussões na qualidade de vida dos clientes idosos e cuidadores, e na redução dos custos nos sistemas de saúde, considero que, como futuro enfermeiro especialista, a minha intervenção nesta área constitui um verdadeiro desafio pessoal e profissional.

Deste modo, durante a realização deste projeto procurei desenvolver competências de enfermeiro especialista e grau de mestre na área da saúde do idoso, incidindo a minha prática de cuidados na pessoa idosa, de modo a que esta possa vivenciar os seus processos de saúde/doença, “com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2010a, p.5). Estas competências englobam o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais,

---

<sup>2</sup> Cuidador: A pessoa que presta apoio e assistência, formal ou informal, com várias atividades, a pessoas com incapacidades ou doenças prolongadas, ou em pessoas idosas. Essa pessoa pode providenciar apoio emocional ou financeiro, bem como ajuda em diferentes tarefas (WHO, 2004).

fortalecendo uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivando a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciando a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (OE, 2010b; ESEL, 2013). Neste sentido, após a apresentação deste relatório, pretendo demonstrar a aquisição de um nível de perito no cuidado à pessoa idosa e cuidador, apoiado na experiência adquirida, compreendendo de forma intuitiva cada situação e apreendendo diretamente as diferentes problemáticas, sem me perder num largo espectro de soluções e diagnósticos (Benner, 2005).

Assim, este projeto surge neste contexto e no âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da ESEL, e de forma a dar continuidade a um projeto anterior intitulado “A Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária do Doente Idoso Hospitalizado: A Parceria como uma Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si” (Nascimento, 2013). O trabalho desenvolvido pela autora teve como finalidade prevenir o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD e, entre as atividades desenvolvidas, englobou a criação de um “Manual de Intervenções de Enfermagem preventivas à ocorrência de Declínio do Grau de (In)Dependência do Doente Idoso Hospitalizado na realização das suas ABVD” (Anexo I). Contudo, por limitação temporal, não foi possível implementar todas as intervenções, tendo-se centrado na “avaliação do idoso hospitalizado”, com a introdução do índice de Barthel na dinâmica do serviço (Nascimento, 2013). O projeto atual pretendeu dar continuidade à implementação das intervenções, com um especial foco na “manipulação ambiental” e no “andar/marcha e deslocar-se”, utilizando o mesmo campo de estágio, um serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa.

Perante o descrito, foi definida como finalidade, desenvolver intervenções de Enfermagem, em parceria com o idoso hospitalizado e cuidador, que previnam a sua dependência nas ABVD, promovendo o cuidado de Si e, como objectivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e cuidador, mais especificamente na implementação de intervenções que previnam o declínio no grau de independência do idoso hospitalizado no

desempenho das suas ABVD, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si;

- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e cuidador, mais especificamente na implementação de intervenções que previnam o declínio no grau de independência do idoso hospitalizado no desempenho das suas ABVD, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

O projeto encontra-se, assim, baseado numa metodologia de projeto, centrado num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, fornecendo em simultâneo um conjunto de competências que permitam a obtenção do grau de especialista e mestre na área da saúde da pessoa idosa (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Deste modo, este relatório expressa o percurso realizado na implementação deste projeto, apresentando-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro irei proceder à contextualização da problemática, apresentando o diagnóstico de situação e a justificação do projeto, seguindo-se o enquadramento teórico, abordando a temática do envelhecimento, da hospitalização na pessoa idosa e o declínio funcional decorrente desta, evidenciando o papel do enfermeiro e das suas intervenções, utilizando o Modelo da Parceria (Gomes, 2009). Posteriormente, descreverei a metodologia em que assentou o projeto, relatando o seu planeamento e implementação, apresentando as atividades realizadas, os resultados e as implicações para a prática clínica, refletindo competências adquiridas ao longo do estágio. Por último, procederei às considerações finais e sugestões para projetos futuros.

Na elaboração deste relatório foram tidas em conta as orientações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL, do Regulamento de Mestrado da ESEL e das normas da *American Psychological Association* (2010), para a enunciação de citações e referências bibliográficas.

## **1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO/DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

O aumento da prevalência das doenças crónicas encontra-se relacionado com mudanças culturais e sociais, hábitos e estilos de vida, fatores ambientais, mas também com o envelhecimento da população (DGS, 2004; OPSS, 2012). Estas doenças acompanham a pessoa idosa ao longo de muitos anos, e são usualmente associadas a várias comorbilidades que afetam a sua qualidade de vida e representam vários desafios ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, vigilância, organização, gestão de cuidados, gestão da informação e do conhecimento (OPSS, 2012). O envelhecimento assume-se, assim, como um processo de ganhos e perdas, que decorre ao longo da vida, sendo profundamente marcado por fases de transição, associadas ao seu estado de saúde e com a necessidade de recorrer a cuidados especializados, como a hospitalização (Schumacher et al., 1999).

O internamento hospitalar, necessário para o controlo de situações clínicas, pode ser vista, por si só, como uma causa de complicações adicionais, podendo os aspetos inerentes ao envelhecimento interagirem com aqueles associados aos cuidados hospitalares, desencadeando uma cascata de acontecimentos que culminam em incapacidade e dependência (Graf, 2006). Apesar de esta problemática ser alvo de investimento pelos profissionais de saúde nos últimos anos, principalmente num panorama internacional, Lobo e Pereira (2007) referem que existe um grande desconhecimento sobre as capacidades funcionais dos idosos em Portugal e salientam que a Enfermagem deverá focar o seu interesse em reconhecer o impacto da funcionalidade na dependência dos idosos hospitalizados.

Os enfermeiros, ao incidirem a sua prática na otimização da capacidade funcional dos idosos hospitalizados, devem estabelecer uma relação interpessoal de confiança, trabalhando em conjunto e delineando objectivos comuns, tornando-se genuinamente parceiros (Gomes, 2007). Estas intervenções passam por avaliar e monitorizar a capacidade funcional das pessoas idosas, de modo a maximizar a funcionalidade e impedir ou minimizar o declínio funcional da pessoa idosa

hospitalizada (Fulmer, 2007). É neste sentido que o enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, deverá incentivar a avaliação sistemática da capacidade funcional da pessoa idosa no momento da admissão e ao longo da sua hospitalização (Fletcher, 2007; Kleinpell, 2007; Lindquist e Sendelbach, 2007; Padula et al, 2009; Boltz et al, 2010, Zisberg et al, 2011; Buurman, Hoogerduijn, Gemert, Haan, Schuurmans e Rooij, 2012). As intervenções de enfermagem na prevenção do risco de declínio funcional do idoso hospitalizado envolvem o conhecimento dos fatores de risco, sendo importante identificar aqueles que se mostram mais vulneráveis, assim como a necessidade de sensibilização dos pares e outros profissionais de saúde envolvidos nos cuidados (Pashikanti e Von Ah, 2012). Deste modo, ao enfatizar uma prática de cuidados geriátricos nos sistemas de saúde, especialmente na prevenção do declínio no desempenho das ABVD, o enfermeiro especialista deve apresentar um investimento no aperfeiçoamento da praxis profissional no âmbito das especificidades do envelhecimento e na conceção de condições que possibilitem obter ganhos em saúde na pessoa idosa, particularmente em anos de vida com independência, autonomia e qualidade de vida (DGS, 2004).

Um serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa foi selecionado para implementar este projeto, onde a sua população se caracteriza maioritariamente por pessoas idosas, portadora de doenças crónicas e com elevados níveis de dependência. Este apresenta uma lotação de 32 camas, divididas por 7 salas, onde são prestados cuidados a pessoas adultas, de ambos os sexos, com doenças principalmente do foro respiratório. A equipa médica é constituída por 8 médicos, incluindo o Diretor de Serviço, e a equipa de enfermagem por 23 enfermeiros, incluindo neste número, dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a Enfermeira-Chefe e o autor deste relatório. A equipa multidisciplinar possui ainda uma assistente social, duas fisioterapeutas, o apoio da psicologia e de uma dietista/nutricionista. Este serviço já havia sido alvo da implementação de um projeto, no âmbito do curso de especialidade/mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de Pessoa Idosa, com a finalidade de prevenir o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, tendo em vista a promoção do cuidado de Si (Nascimento, 2013). Este projeto



contribuiu para o desenvolvimento de competências na equipa de Enfermagem ao cuidado à pessoa idosa, mais precisamente na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que prevenissem o seu declínio, usando a parceria como intervenção de enfermagem (Nascimento, 2013). Entre as muitas atividades desenvolvidas, destacou-se a elaboração e implementação de um “Manual de intervenções de enfermagem de prevenção do declínio do grau de (in)dependência na realização das ABVD no idoso hospitalizado”. Esta implementação, por motivos de limitação temporal, incidiu uma especial atenção na avaliação do idoso hospitalizado, culminando na introdução do Índice de Barthel (Anexo II) na dinâmica do serviço, permitindo à equipa avaliar o nível de (in)dependência dos idosos no desempenho das ABVD (Nascimento, 2013). O preenchimento do índice surge em quatro etapas distintas: em relação ao estado funcional prévio à admissão, tendo em conta o momento de instalação da doença ou relativo a duas semanas antes da admissão; nas primeiras 48 horas após a admissão; reavaliações de 5 em 5 dias, de modo a monitorizar a evolução; e no momento da alta.

Após uma pequena análise do Índice de Barthel, realizada em Junho de 2012, foi constatado que, atendendo à adesão, a equipa de enfermagem apresenta preocupação na correta aplicação deste instrumento e na importância de uma monitorização adequada do desempenho nas ABVD dos idosos hospitalizados. Contudo, denotou-se uma menor adesão no preenchimento do instrumento relativamente ao estado funcional prévio do idoso. Já analisando os scores obtidos pelo índice de Barthel, estes revelaram que, no momento da admissão, 65% dos idosos hospitalizados apresentaram um declínio no desempenho das suas ABVD, sendo que destes, 30,77% tinham transitado de nível de independência para um nível de dependência. No decorrer do internamento, durante a primeira reavaliação, ou seja, cinco dias após a admissão, 87,5% dos clientes idosos mantiveram o declínio no desempenho das suas ABVD.

Estes factos alertaram-me para a necessidade de implementar mais intervenções do manual criado, de modo a prevenir a ocorrência de níveis de dependência no desempenho das ABVD nos idosos internados, promovendo o cuidado de Si. Outra área de investimento detestada foi a necessidade de reforçar a importância da

avaliação do desempenho nas ABVD prévio ao momento de admissão, para que assim se possa estabelecer uma base de compromisso e uma meta funcional com os idosos internados, tendo em vista o momento de alta, desenvolvendo estratégias que permitam maximizar a função do idoso (Boltz et al, 2012).

Neste sentido, este projeto surgiu com a finalidade de desenvolver intervenções de Enfermagem, em parceria com o idoso hospitalizado e cuidador, que previnam a sua dependência nas ABVD, promovendo o cuidado de Si, tendo como objectivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e cuidador, mais especificamente na implementação de intervenções que previnam o declínio no grau de independência do idoso hospitalizado no desempenho das suas ABVD, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e cuidador, mais especificamente na implementação de intervenções que previnam o declínio no grau de independência do idoso hospitalizado no desempenho das suas ABVD, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Através da implementação deste, pretendeu-se desenvolver competências nos diferentes domínios da prática especializada à pessoa idosa, atingindo um nível de perito, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivando a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciando a mudança na área da saúde do idoso e dos cuidados de enfermagem inerentes (Benner,2005; OE, 2010b; ESEL, 2013). A promoção desta filosofia de cuidados ambicionou um aumento na qualidade dos cuidados que a equipa prestasse aos clientes idosos e, conseqüentemente, nos níveis de satisfação destes.

De forma a sustentar a pertinência do projeto e o desenvolvimento das minhas competências e intervenções, seguir-se-á o enquadramento teórico.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Este capítulo surge no sentido de enquadrar o referencial teórico que suporta este projeto de estágio, assentado numa revisão narrativa da literatura e numa pesquisa bibliográfica com base na metodologia de revisão sistemática (Apêndice I), integrando o paradigma de Enfermagem da Teoria das Transições e o Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009; Meleis, 2010). Inicia-se com uma abordagem sobre o envelhecimento e os processos de transição da pessoa idosa no contexto da hospitalização, seguindo-se uma abordagem sobre o impacto desta no grau de (in)dependência no desempenho das ABVD dos idosos hospitalizados. Posteriormente, são abordadas as intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção do declínio do grau de (in)dependência nas ABVD do idoso hospitalizado. Por último, contextualiza-se a operacionalização dos cuidados em parceria direcionados para a prevenção ou manutenção do grau de (in)dependência nas ABVD dos idosos hospitalizados, promovendo o Cuidado de Si.

### **2.1. O envelhecimento e a hospitalização na pessoa idosa**

A sociedade atual caracteriza-se por apresentar um envelhecimento demográfico, como resultado do aumento da esperança média de vida e por um declínio na taxa de natalidade (Sequeira, 2010). Em 2011, a população portuguesa com mais de 65 anos era de 19,1%, comparativamente com 7,9% em 1960, o que significa que em cerca de 50 anos esta população aumentou para mais do dobro (INE, 2012). Por sua vez, a esperança média de vida continua a aumentar e situa-se atualmente nos 68 anos de idade, a nível mundial, e em Portugal nos 76 anos de idade para o homem e nos 82 anos para a mulher (INE, 2012).

O envelhecimento assume-se como um processo dinâmico e complexo, marcado pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que decorre ao longo de todo o seu ciclo vital, ao qual estão inerentes fatores como o aumento do índice de dependência, a diminuição da funcionalidade e o aumento

da necessidade de cuidados específicos, o que se traduz num acréscimo dos custos e dos desafios nos cuidados prestados nos sistemas de saúde (DGS, 2004; OPSS, 2011). Ao envelhecimento estão associadas alterações biológicas, tais como, a diminuição da massa, força e elasticidade muscular, a redução da densidade óssea, a diminuição da capacidade aeróbica, a insuficiência renal e hepática, a instabilidade vasomotora, a redução da água total do corpo, a perda da *compliance* pulmonar e a diminuição das capacidades sensoriais (Graf, 2008; Kleinpell, Fletcher e Jennings, 2008). Porém, este pode ainda ser potenciado por uma doença, estilos de vida ou causas ambientais (Sequeira, 2010).

As modificações fisiológicas subjacentes ao envelhecimento, aliadas à ocorrência de uma doença aguda ou a uma agudização da doença crónica, provocam na pessoa idosa uma diminuição das suas reservas funcionais e uma maior fragilidade, podendo precipitar na sua hospitalização (Bernabei et al., 2009). Este evento é considerado, à luz da Teoria das Transições de Meleis (2010), uma transição, que se define como a passagem de uma fase de vida, condição, ou *status* para outra, como causa dos processos e resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente (Meleis e Trangenstein, 1994). Esta denota mudanças no estado de saúde, na relação de papéis, expectativas ou habilidades, e requer a incorporação de novos conhecimentos e alterações de comportamentos (Meleis, 2005). As pessoas idosas enfrentam várias mudanças nas suas vidas, marcadas pelo seu desenvolvimento enquanto seres humanos, assumindo-se a hospitalização como um evento complexo, stressante, de fragilidade e de desequilíbrio, conduzindo a um processo de rutura na sua vida quotidiana, nos seus papéis familiares e sociais e no seu ambiente habitual (Meleis, 2005).

Perante a realidade do aumento da população idosa e o inerente aumento de doenças crónicas, com necessidade de cuidados específicos e consequentes hospitalizações, assume-se pertinente perceber qual o impacto destas na funcionalidade da pessoa idosa, mais especificamente no grau de (in)dependência no desempenho das ABVD.

## **2.2. O declínio no desempenho das atividades básicas de vida no idoso hospitalizado**

O envelhecimento pode assumir-se como um triunfo, mas apresenta-se também como um desafio para a humanidade, com a necessidade da implementação de medidas que permitam proporcionar que a pessoa envelheça com saúde, autonomia, independência e segurança, principalmente no seio das instituições prestadoras de cuidados de saúde (OMS, 2005). A hospitalização na pessoa idosa pode conduzir a uma situação de vulnerabilidade e a acontecimentos adversos, que podem afetar a sua funcionalidade (Meleis, et al., 2000; Cabete, 2005; Graf; 2007; Zisberg et al., 2011; Buurman et al., 2012; Boltz et al., 2012).

Segundo a CIF (OMS, 2003), a funcionalidade da pessoa idosa engloba todas as suas funções do corpo e a sua capacidade na realização de atividades e tarefas relevantes da sua rotina diária, bem como da sua participação na sociedade. Em sentido oposto, a incapacidade abrange as diversas manifestações de uma doença, como prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades quotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (OMS, 2003). A incapacidade funcional não resulta apenas de uma deficiência orgânica, mas da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação das suas atividades, a restrição da sua participação social e os fatores ambientais e pessoais que interferem no desempenho das suas AVD, podendo interagir como barreiras ou facilitadores do estado funcional (OMS, 2003; Farias e Buchalla, 2005).

A pessoa idosa hospitalizada apresenta-se distante do seu ambiente habitual, do convívio familiar, da sua casa e dos entes queridos, o que contribui para a perda da sua autonomia, dificultando a elaboração do seu projeto de vida (Depolito, Leocadio e Cordeiro, 2009; Gomes, 2009). Esta exclusão social pode encontrar-se associada às consequências das doenças crónicas, desenvolvendo complicações que se manifestam por perdas funcionais, podendo desencadear níveis de dependência nos idosos hospitalizados (Freire e Tavares, 2005).

Apesar de os termos de independência e autonomia se complementarem, apresentam definições distintas. A autonomia apresenta-se relacionada com a capacidade da pessoa em administrar a sua vida, em controlar e lidar com situações

e em tomar decisões sobre si, tendo em conta as suas próprias normas e preferências (OMS, 2005; Sequeira, 2010). Já a independência, segundo Sequeira (2010) e a OMS (2005), encontra-se relacionada com a capacidade de desempenho das AVD e do autocuidado, que se define como uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, em benefício da vida, saúde e bem-estar (Silva et al., 2009). Por outro lado, a dependência surge como resultado da instalação de uma limitação física, psíquica ou intelectual, que limita a pessoa na sua habilidade em realizar as AVD e na sua funcionalidade, em consequência de um processo patológico ou um acidente, necessitando de ajuda de outra pessoa (Sequeira, 2010).

Durante a hospitalização, a pessoa idosa, devido à diminuição das suas reservas funcionais, apresenta-se mais suscetível à perda da sua funcionalidade e consequente deterioração das suas capacidades no desempenho das AVD, essenciais à manutenção da sua independência no seu meio habitual, desenvolvendo um declínio funcional (WHO, 2004; Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnste, Rooij e Grypdonck, 2006; Saint-Hubert et al., 2009). As AVD encontram-se divididas em ABVD, definidas como um conjunto de atividades primárias relacionadas com o autocuidado e a mobilidade (tomar banho, vestir-se/despir-se, alimentar-se, usar a casa de banho, controlo de esfíncteres e transferir-se, subir/descer escadas e marcha), e AIVD, essenciais na adaptação da pessoa ao meio e manutenção da sua independência na comunidade (como realizar compras, tarefas domésticas, preparação de refeições, utilização de transportes públicos, uso do telefone e gerir a medicação e as finanças) (Hoogerduijn et al., 2006; Sequeira, 2010). Existem, ainda, as AAVD, que se constituem importante para estímulo e preservação de múltiplas habilidades intelectuais, físicas e psicossociais, com o favorecimento da manutenção e fortalecimento da rede de apoio, participação social, autopercepção positiva da saúde e da qualidade de vida (Dias, Duarte, Almeida e Lebrão, 2011).

A população idosa hospitalizada encontra-se em risco de declínio funcional, sendo que este se encontra diretamente relacionado com complicações iatrogénicas resultantes do internamento, que, em muitos dos casos, podem ser prevenidas (Flanders, Podrazik, Whelan e Blaum, 2009; Menezes et al., 2010). A ocorrência

destas complicações originam uma cascata para a dependência, que, associada ao processo natural do envelhecimento, origina alterações psicológicas e físicas irreversíveis, resultados negativos no momento da alta e a institucionalização (Clinical Epidemiology and Health Services, 2004; Graf, 2006).

Num estudo de Covinsky et al. (2003), estes concluíram que 43% dos idosos hospitalizados apresentavam um declínio no desempenho de cinco ABVD (tomar banho, vestir/despir-se, alimentar-se, transferir-se e usar a casa de banho) à admissão, relativamente ao seu estado basal, e que, no momento da alta, mais de 50% destes mantiveram esse grau de dependência, tendo mesmo em alguns casos, agravado este grau. Em outro estudo mais recente, Boltz et al. (2012) referem que 58% dos idosos hospitalizados apresentaram um declínio no desempenho das suas ABVD no momento da admissão, sendo que 85% destes não recuperam o seu nível funcional basal. Atendendo à evidência, assume-se que o risco de declínio funcional no idoso hospitalizado constitui-se como uma preocupação, podendo este originar-se na doença que motivou o internamento e em complicações inerentes da hospitalização, como em reações adversas à terapêutica, dor não controlada, mobilidade diminuída, distúrbios do sono, procedimentos de diagnósticos, terapêuticas e em alterações do seu ambiente e rotinas (Fulmer, 2007; Flanders et al., 2009). Fletcher (2005) refere que a inexistência de medidas que atuem nestes fatores de risco origina alterações cardiovasculares (perda progressiva de líquido extracelular, alterações da função ortostática, alterações da frequência cardíaca), alterações músculo-esqueléticas (diminuição da força contráctil, encurtamento das fibras musculares, aumento da perda de cálcio nos ossos), alterações no trato urinário (infecções urinárias, esvaziamento incompleto da bexiga), alterações pulmonares (aumento das secreções, tosse menos eficaz), alterações gastrointestinais (perda de apetite, diminuição do peristaltismo), alterações na integridade cutânea (úlceras de pressão) e alterações psicológicas (ansiedade, depressão).

Contudo, o ambiente hospitalar raramente se encontra adaptado aos objectivos terapêuticos das pessoas idosas, estando tradicionalmente centrado no controlo específico da doença aguda resultante da hospitalização (Boltz et al, 2012). Este, ao ser projetado para uma entrega rápida e eficaz de cuidados, pauta pela

desadaptação das suas condições físicas, importantes para satisfazer as necessidades da pessoa idosa, não estimulando a sua funcionalidade e independência (Cabete, 2005; King, 2006; Menezes et al., 2010). O reconhecimento do papel central do meio hospitalar no estado funcional dos clientes idosos, permite que este possa atuar como fator facilitador ou inibidor, mudando o foco do problema da natureza biológica individual para a interação entre a disfunção e o contexto ambiental (Farias e Buchalla, 2005). Assim, de modo a atingir os objectivos terapêuticos, impera a necessidade de se investir na criação de um ambiente estimulante para a funcionalidade do cliente idoso hospitalizado, unidades geriátricas adaptadas fisicamente às suas necessidades especiais e conhecer a influência do contexto ambiental e pessoal, permitindo traçar estratégias sistemáticas com o intuito de minimizar as barreiras e potencializar os facilitadores (Depolito et al., 2005; Cabete, 2005; Graf, 2006; King, 2006). O investimento da equipa de enfermagem deve centrar-se, ainda, na reabilitação da pessoa idosa e na procura da abolição de qualquer tipo de atitude que comprometa o seu estado funcional. A equipa deve promover cuidados centrados no idoso, procurando olhar para a pessoa idosa na sua globalidade e não apenas para a resolução do motivo ou problema que motivou a hospitalização, capacitando o idoso para assumir o controlo do cuidado de si próprio ou que o seu cuidador assegure o cuidado deste (Cabete, 2005; Gomes, 2009). As forças e potencialidades da pessoa idosa devem ser enfatizadas, as suas necessidades devem ser identificadas e promovida a sua independência (Cabete, 2005; King, 2006).

### **2.3. Intervenções de enfermagem direccionadas para a prevenção do declínio no desempenho das atividades básicas de vida diária do idoso hospitalizado**

A disciplina de enfermagem encontra-se relacionada com o processo e com as experiências humanas de transição, do qual a saúde e bem-estar são os resultados finais das intervenções (Schumacher e Meleis, 1994). O domínio de enfermagem apresenta um foco nas terapêuticas de enfermagem, de forma a satisfazer as necessidades do cliente em relação à sua saúde ou estado de saúde, potenciando a sua capacidade para desenvolver o autocuidado e, desta forma, manter ou promover



a saúde e o bem-estar (Meleis, 2005). Como terapêutica de enfermagem, a mobilização de recursos pessoais, familiares e da comunidade apresentam-se como as intervenções que mais potencializam as capacidades de adaptação do cliente ao ambiente, satisfazendo as suas necessidades e constituindo-se como um passo importante para uma transição saudável (Schumacher et al., 1999).

Para que o enfermeiro possa mobilizar os recursos necessários, é essencial identificar os fatores que contribuem para o declínio funcional no idoso hospitalizado, sendo que estes são multifatoriais, interdependentes, em grande escala iatrogénicos e passíveis de uma intervenção de enfermagem (Francis, 2005). Deste modo, deve existir a preocupação, por parte da equipa de enfermagem, de incorporar uma prática de cuidados que incidam na avaliação dos fatores de risco presentes no internamento, e na implementação de estratégias preventivas e de reabilitação (Covinsky et al, 2003; Graf, 2006; Menezes et al., 2010; Sequeira, 2010).

A capacidade adaptativa e o estado funcional da pessoa idosa constituem-se como elementos fundamentais para a manutenção da sua independência e qualidade de vida (Cabete, 2005; Menezes et al., 2010). A capacidade funcional é importante na saúde do idoso, apresentando-se esta como uma dimensão central na avaliação geriátrica. Desta forma, podemos afirmar que a capacidade funcional da pessoa idosa assume-se como um indicador sensível da sua saúde ou da sua doença, da sua adaptação, da sua longevidade, da sua qualidade de vida e, quando hospitalizada, da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Cabete, 2005; Menezes et al., 2010).

A avaliação e monitorização da capacidade funcional das pessoas idosas hospitalizadas procuram objetivar as suas capacidades e limitações, de forma a maximizar a sua funcionalidade e impedir ou minimizar o seu declínio, com o intuito de criar um plano de cuidados adequado e individualizado (Fulmer, 2007; Fletcher, 2007; Kleinpell, 2007; Lindquist e Sendelbach, 2007; Padula et al, 2009; Boltz et al, 2010, Zisberg et al, 2011; Buurman et al, 2012). Esta avaliação surge com o objetivo específico de proceder à identificação precoce das necessidades de cuidados dos idosos, a fim de proporcionar intervenções que minimizem complicações em indivíduos de alto risco, tais como quedas ou o aparecimento de delirium, que podem desencadear casos de declínio funcional (Fletcher, 2007; Kleinpell, 2007;

Lindquist e Sendelbach, 2007). A avaliação deve ser realizada de forma sistemática e possuir como referência o estado funcional basal da pessoa idosa (capacidade funcional anterior à instalação da doença que resultou no internamento, tendo como marco de referência duas semanas antes da admissão hospitalar), uma vez que a reabilitação e o tratamento instaurados deverão visar a recuperação do nível de (in)dependência prévio ao momento de admissão (Graf, 2008; Boltz et al, 2012).

A avaliação geriátrica global deve incluir, não só uma avaliação do desempenho nas ABVD e AIVD, mas também uma avaliação do estado cognitivo, dos défices visuais e auditivos, e da necessidade de apoio social e psicológico (Fletcher, 2007; Kleinpell, 2007; Buurman et al, 2012). Existe um conjunto de ferramentas de avaliação geriátrica que podem ser usadas para realizar avaliações iniciais e reavaliações durante o período de hospitalização, das quais se destacam os instrumentos de avaliação da capacidade funcional, mais propriamente das ABVD, como o índice de Barthel e o índice de Katz (Mudge, Giebel e Cutler, 2008; Gordge, Young e Wiechula, 2009). Buurman et al. (2012) apresentam o *Hospital Assessment Risk Profile*, que engloba uma avaliação mais completa, incidindo na avaliação cognitiva e funcional, permitindo a identificação de idosos hospitalizados em risco de declínio funcional. O índice de Barthel e o índice de Katz encontram-se traduzidos e validados para a população portuguesa, contudo, não foi encontrado na literatura que o *Hospital Assessment Risk Profile* se encontre validado ou em processo de validação, encontrando-se apenas na versão inglesa.

Para uma avaliação do desempenho das ABVD em meio hospitalar e em situações agudas, o índice de Barthel apresenta-se como o instrumento mais indicado. Este permite avaliar continuamente o nível de independência ou habilidade da pessoa idosa para executar as suas ABVD (Mahoney e Barthel, 1965). Trata-se de um instrumento apropriado para internamentos de agudos, pois permite uma avaliação rápida, por meio do autorrelato do idoso, e/ou da seu cuidador, e pela observação direta, dando informações acerca das necessidades terapêuticas específicas do idoso e dos resultados alcançados com as intervenções de enfermagem implementadas (Mudge et al, 2008). Este instrumento contempla a avaliação de dez itens relacionados com o autocuidado e a mobilidade, sendo eles: higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, levantar-se da cama ou de uma cadeira

sozinho, subir e descer escadas, andar/marcha ou deslocar-se, função intestinal e urinária e ir à casa de banho (Mahoney e Barthel, 1965).

A avaliação do risco de declínio funcional, aquando da admissão hospitalar, permite identificar grupos de risco com distintas características clínicas. Esta abordagem permite uma melhor definição dos objectivos terapêuticos, assim como a introdução atempada de intervenções preventivas de declínio funcional e melhor comunicação entre a equipa multidisciplinar e os idosos hospitalizados/cuidadores em relação aos resultados esperados (Buurman et al, 2012).

Boltz et al (2012) alertam-nos para o facto de o declínio funcional em idosos hospitalizados poder ser evitável, através da implementação de uma filosofia de cuidados geriátricos com o objetivo de facultar intervenções que promovam a mobilidade e a atividade física. Estas intervenções passam por estimular a pessoa idosa a realizar períodos em posição ereta (mantendo-se de pé), a realização de períodos de marcha, incentivar a ida à casa de banho, a realização de levante para as refeições ou para os cuidados de higiene, a promoção do autocuidado (incentivando a alimentar-se, vestir-se/despir-se e a realizar dos cuidados de higiene sem ajuda), e, ainda, intervenções de adaptação ao ambiente do idoso, através da regulação do plano e altura da cama, reordenação da mobília, corrimões nos corredores, sinaléticas e envolvimento dos cuidadores nos cuidados (Padula et al., 2009; Boltz et al., 2012). As intervenções devem ser acompanhadas de exercícios de estimulação cognitiva, melhorando a socialização, a orientação, a memória e o controlo de sintomas, como a ansiedade e a depressão (Mudge et al., 2008). Os enfermeiros devem, também, providenciar que os períodos de marcha sejam realizados no corredor, de modo a aperfeiçoar a força muscular, o equilíbrio e a coordenação, e, ainda, questionar as indicações de repouso absoluto no leito, bem com avaliar diariamente a necessidade de obstáculos à mobilidade, como a soroterapia e a algaliação (Padula et al., 2009). A desalgaliação precoce permite prevenir a incontinência e a ocorrência de infeções urinárias, devendo ser assegurada uma ingestão hídrica adequada e um padrão de eliminação adaptado à pessoa idosa, devendo ser oferecido o urinol e/ou a arrastadeira (King, 2006; Palmisano-Mills, 2007).

A implementação de protocolos e programas direcionados para a mobilização precoce dos idosos hospitalizados, desde o momento de admissão até à sua alta, mostram-se importantes na potencialização da sua independência no desempenho das ABVD, impedindo institucionalizações e custos desnecessários, aumentando a qualidade de vida (Mudge et al., 2008; Padula et al., 2009; Zisberg et al., 2011; Boltz et al., 2012; Pashikanti e Von Ah, 2012). Zisberg et al. (2011) evidenciam que os níveis de mobilidade intra-hospitalar encontram-se diretamente relacionados com a manutenção de um declínio no desempenho das ABVD no momento da alta. Este declínio é caracterizado por ser de difícil regressão, podendo manter-se por um período superior a um mês, após o momento de alta.

A alimentação do idoso hospitalizado apresenta por vezes obstáculos, pois em alguns casos existem situações de incapacidade em aceder ao tabuleiro, o uso de talheres ou o elevado tempo despendido na alimentação, podendo conduzir ao arrefecimento dos alimentos, tornando-os menos apetecíveis, e consequente diminuição na ingestão nutricional (King, 2006; Fulmer, 2007). No sentido de proporcionar um conjunto de refeições agradáveis durante a hospitalização, é importante o conhecimento das preferências alimentares e culturais do idoso, de modo a se personalizar a dieta e, se necessário, encaminhar para a nutricionista (King, 2006).

A implementação de intervenções simples, como a deslocação ou incentivar o idoso hospitalizado a frequentar o refeitório comum, produzem resultados positivos, providenciando um cuidado adequado na manutenção e otimização do estado funcional dos idosos hospitalizados (Gordge et al, 2009). Neste estudo, os idosos alvo desta intervenção, demonstraram que esta proporcionou uma oportunidade para que os idosos se sentassem e comessem normalmente numa mesa, melhorando o seu humor, a sua nutrição, a sua interação social e o seu sentimento de comunidade, sentindo-se parceiro nos seus cuidados. Este estudo revelou, ainda, que 91,7% da população idosa alvo apresentou uma melhoria no seu nível funcional, não tendo sido registado nenhum caso de declínio funcional (Gordge et al, 2009).

Durante a hospitalização, os idosos devem ser alvo de estratégias que permitam promover a independência e recuperar o estado funcional anterior à admissão hospitalar, minimizando os riscos e prevenindo complicações (Kleinpell, 2007). Os

cuidados de enfermagem ao idoso hospitalizado devem focar diversas áreas, como a doença que causou a hospitalização, o estado cognitivo, o controlo da dor, o controlo de infeções, a avaliação da integridade cutânea, a imobilidade, a necessidade de fisioterapia ou terapia ocupacional, a avaliação da nutrição e hidratação, as alterações no padrão da eliminação, os distúrbios de sono, os défices visuais e auditivos, o controlo da ansiedade e depressão, o envolvimento do cuidador na decisão dos cuidados e a realização de um planeamento de alta. Também deve ser planeado o encaminhamento da pessoa idosa para recursos de apoio na comunidade, como o atendimento domiciliar, serviços de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional (Kleinpell, 2007).

Por sua vez, a segurança do idoso hospitalizado surge como uma estratégia importante na prevenção do declínio funcional. Dever-se-á realizar uma avaliação dos fatores de risco, como o desenvolvimento de úlceras de pressão, a ocorrência de quedas ou casos de delirium (Lindquist e Sendelbach, 2007; Fulmer, 2007). O envolvimento da cuidador na hospitalização possibilita a maximização da segurança do idoso hospitalizado, através da colaboração na vigilância e partilha de informação relativa ao estado funcional e cognitivo basal da pessoa idosa. A parceria com a cuidador assegura a continuidade dos cuidados e a planificação destes para a alta, melhorando a tomada de decisão (Lindquist e Sendelbach, 2007). A adoção de estratégias como a promoção do uso de auxiliares sensoriais apropriados e assegurar a sua acessibilidade, bem como a monitorização da medicação e ajuste das suas dosagens às necessidades específicas do idoso, surgem como medidas preventivas à ocorrência de complicações adversas relacionadas com a hospitalização (Lindquist e Sendelbach, 2007; Fulmer, 2007). Dever-se-á, ainda, ter em conta potenciais efeitos secundários, reações adversas e interações, incluindo a utilização de métodos alternativos às terapias farmacológicas, evitando o uso de terapêutica sedativa e/ou psicotrópica (Lindquist e Sendelbach, 2007).

Fletcher (2007) realça a importância da otimização da capacidade de reserva dos idosos hospitalizados. Neste sentido, existe a necessidade de formação da equipa de enfermagem, para que esta seja portadora de conhecimentos relativos às especificidades da saúde da pessoa idosa (Fletcher, 2007; Mudge et al., 2008; Boltz et al., 2012). A mesma deve ser portadora de conhecimentos relativos às alterações

das dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, inerentes ao envelhecimento, personalizando os seus planos de cuidados e articulando com outros serviços e especialidades (Fletcher, 2007; Boltz et al., 2012). O reconhecimento da vulnerabilidade dos idosos hospitalizados, face a complicações iatrogénicas, é um ponto de partida na elaboração de intervenções que minimizem os riscos inerentes à hospitalização (Fletcher, 2007). A formação/educação deverá também incidir sobre os idosos hospitalizados e os seus cuidadores, através da educação para a saúde em atividades e estratégias que incentivem a otimização e manutenção da independência funcional (Mudge et al., 2008).

A pessoa idosa hospitalizada manifesta a preocupação de regressar a casa com um estado funcional otimizado, sentindo para isso a necessidade de ser alvo de cuidados de enfermagem que promovam a sua independência funcional (Boltz et al, 2010). Desta forma, os idosos hospitalizados consideram importantes serem englobados na tomada de decisão e no estabelecimento de objectivos terapêuticos, tendo em vista a alta hospitalar, referindo “a falta de controlo” no seu poder de decisão como uma das barreiras à sua independência (Boltz et al, 2010). Assim, é importante aceitar o idoso hospitalizado como parceiro nos cuidados (Gomes, 2009), programando intervenções personalizadas e adequadas que possibilitem a prevenção do declínio no desempenho das ABVD e promovam uma vida com autonomia e independência, desenrolando o enfermeiro especialista um papel crucial na liderança e manutenção destes programas e protocolos, proporcionando resultados positivos no campo da Enfermagem (Pashikanti e Von Ah, 2012).

Para que se consiga atingir o sucesso na implementação de protocolos direccionados para a prevenção do declínio no desempenho das ABVD no idoso hospitalizado, é necessário promover a sua identidade, facilitar a integração de transformações, promover escolhas e partilhar o poder de decisão (Schumacher et al., 1999).

## **2.4. A parceria nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si**

As transições têm um forte impacto na vida das pessoas idosas, com implicações na sua saúde, assumindo-se como um momento importante para a implementação de intervenções de enfermagem que resultem numa transição saudável, prevenindo consequências negativas e otimizando os resultados em saúde (Schumacher e Meleis, 1994). Estas intervenções devem priorizar a pessoa na sua singularidade, contexto e grau de autonomia, valorizando a vida privada, as relações familiares, as suas atividades, bem como a autopercepção, possibilitando o conhecimento de si próprio como objeto de conhecimento e campo de ação, de modo a transformar-se e corrigir-se (Foucault, 2005).

Neste sentido, para Foucault (2005), o cuidado é substituído pelo cuidado de Si, no qual a pessoa idosa desenvolve um conjunto de técnicas de si, que lhe permita efetuar, sozinha ou com a ajuda de outros, um certo número de operações sobre seu corpo e alma, pensamentos, condutas e modos de ser. Dentro destes princípios, o cuidado encontra-se relacionado com o ser, com as suas interações e relações com os ambientes do cuidar, regidos pelos pressupostos da promoção da saúde, destacamos o autoconhecimento e o cuidado de Si (Silva et al., 2009).

O cuidado de Si difere do autocuidado, já que estes se regem por paradigmas de Enfermagem diferentes. O autocuidado encontra-se centrado no paradigma da totalidade, adotando o pressuposto de que o ser humano é a somatória da sua parte biológica, psicológica, espiritual e social, além de evidenciar que a pessoa tem que se adaptar ao meio ambiente (Silva et al., 2009). Este refere que a saúde adquiriu um aspeto objetivo no processo saúde-doença, podendo ser quantificável, condicionando a pessoa a um plano assistencial que dita como o mesmo se irá adaptar a uma situação vivida (Silva et al., 2009). Já o cuidado de Si centra-se no paradigma da singularidade, adotando que a pessoa é um ser único e não a soma das partes, que interage com o ambiente, podendo ser transformado e transformar este (Silva et al., 2009; Meleis et al., 2000). É valorizado o aspeto subjetivo da pessoa no processo saúde-doença, sendo compreendida, auxiliada, respeitada a sua vivência e situação vivida, implementando um plano de cuidados pautado na

sua experiência, promovendo a sua qualidade de vida e uma transição saudável (Schumacher et al., 1999; Silva et al., 2009; Gomes, 2009).

Neste sentido, Gomes (2009) refere que através de um processo de parceria, este pode ser promotor do Cuidado de Si num contexto de vulnerabilidade e dependência no desempenho das ABVD, observando a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado.

A parceria é definida por Gomes (2009, p. 251) como:

“um processo que envolve o cuidado de Si e envolve a construção de uma ação, na qual se partilham significados da experiência da pessoa dados por esta ou pela família, com um duplo sentido: a construção de uma ação conjunta, quando o doente tem capacidade de decisão; a construção de uma ação em que o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro, quando o doente não tem capacidade de decisão. Desta forma, se contribui para a autonomia do doente idoso e para um cuidado mais centrado na pessoa, permitindo que esta possa controlar ou prosseguir o seu projeto de vida e de saúde”.

A construção de uma relação de parceria permite uma partilha intencional e de reciprocidade, para uma participação ativa por parte do idoso, nas decisões terapêuticas, detendo o poder e o controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. A capacitação do cliente idoso, através do aumento dos seus conhecimentos e competências, vai permitir que este desempenhe um papel ativo nos cuidados que lhe são prestados e promover a autogestão da sua situação de saúde-doença (Gomes, 2011). Concomitantemente, permite aumentar a sua motivação e satisfação com os cuidados recebidos, reduz a sua ansiedade, o stress e eventuais complicações associadas à sua hospitalização (Boltz et al, 2010).

O enfermeiro ao cuidar em parceria, promove um processo dinâmico e negociado, que se desenvolve entre o cliente e cuidador, aproveitando os saberes, o querer e o sentir de cada um, tendo sempre em conta o respeito pela singularidade da pessoa, as suas crenças, com o intuito de obter um objetivo comum, a qualidade de vida e sua reabilitação (Gomes, 2002). Nesta perspetiva, sendo o cliente idoso parceiro, e para que este tenha direito a participar no seu próprio projeto de saúde, é fundamental que se crie reciprocidade e partilha entre cliente/enfermeiro, que requer compromisso de ambos no processo de procura, estabelecimento de objectivos,



planeamento, implementação e avaliação (Gomes, 2007). Este processo visa um cuidado centrado na pessoa e decorre em cinco fases distintas: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de si ou Assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009).

Na primeira fase, Revelar-se, o enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, a sua identidade, o seu contexto de vida, os seus recursos, a forma como esta vivencia a sua situação de doença, o seu potencial de desenvolvimento, nomeadamente a avaliação do seu estado funcional basal e atual, e o seu projeto de vida (Gomes, 2009, 2011).

Na fase Envolver-se, o enfermeiro procura encontrar tempo para a criação de uma relação de confiança, clarificando o que se espera desta, particularmente o que o idoso consegue executar sozinho e no que este necessita de ajuda, tendo em vista a promoção da sua capacidade funcional (Gomes, 2009, 2011). Existe ainda a preocupação em promover um ambiente seguro e de reciprocidade, principalmente um espaço promotor e adaptado às necessidades da pessoa idosa, procurando assim adaptar o ambiente hospitalar aos objectivos terapêuticos e funcionais da pessoa idosa (Gomes, 2009, 2011).

Na fase Capacitar/Possibilitar, o enfermeiro procura uma ação conjunta com a pessoa idosa, visando o desenvolvimento das suas competências para decidir e agir na promoção da sua capacidade funcional, sendo capacitado de competências que lhe permita decidir e prosseguir o seu projeto de vida (Gomes, 2009, 2011). Caso o cliente idoso não apresente condições que lhe permita realizar a tomada de decisão, o enfermeiro deverá assegurar o seu cuidado ou capacitar o cuidador para cuidar da pessoa idosa, de modo a que esta consiga prosseguir o seu trajeto de vida (Gomes, 2009, 2011).

Na fase Comprometer-se, o enfermeiro procura conjugar esforços para atingir os objectivos definidos em parceria com a pessoa idosa, nomeadamente intervenções inerentes à manutenção ou otimização da sua capacidade funcional (Gomes, 2009, 2011). As suas intervenções, definidas com base na negociação e compromisso, têm como intuito a transformação de uma capacidade potencial em uma capacidade real no idoso, em que este se compromete a atingir os objectivos a que se propôs e

o enfermeiro proporciona suporte ou compromete-se a cuidar da pessoa idosa, tendo em vista a promoção da sua independência (Gomes, 2009, 2011).

Por fim, na fase Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro, a pessoa idosa deverá ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde ou o enfermeiro garante que os seus cuidadores adquiram as competências necessárias para cuidar desta, sabendo intervir na sua capacidade funcional atual, mantendo-se o enfermeiro como um recurso, caso necessitem (Gomes, 2009, 2011). No fundo, a parceria visa transformar potencialidades da pessoa idosa em capacidades reais, para que esta seja capacitada para assumir o cuidado de si (cuidado de si próprio) ou, na ausência dessa capacidade, que lhe seja assegurado o seu cuidado pelo cuidador (cuidado do outro), com o objetivo de que esta possa continuar a sua trajetória de vida (Gomes, 2009, 2011).

Assim, o desenvolvimento de uma relação de parceria permite a compreensão do cliente e das suas necessidades, criando condições favoráveis para uma transição saudável (Schumacher e Meleis, 1994; Gomes, 2009). A implementação de intervenções de enfermagem que previnam o declínio no grau de independência do idoso hospitalizado no desempenho das suas ABVD, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si, permitem diminuir ou evitar complicações inerentes da hospitalização, contribuindo para que a pessoa idosa consiga prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde.

Em seguida, será exposta a metodologia deste projeto, relatando o seu planeamento e implementação, apresentando as atividades realizadas e os seus resultados, refletindo nas competências adquiridas ao longo do estágio.

### **3. METODOLOGIA DO PROJETO**

Neste capítulo pretendo explicitar o percurso do projeto, descrevendo os recursos utilizados, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, realizando uma reflexão e análise sobre as competências adquiridas.

#### **3.1. Desenho do Projeto**

Um projeto tem como ponto de partida uma necessidade ou uma situação a que se pretende dar resposta (Guerra, 2002). Este emerge de uma vontade inicial de mudança e tem início com a identificação de um problema real numa situação atual que se contrapõe a uma situação desejada (Guerra, 2002).

A sua construção decorre por fases e possui uma metodologia específica, a metodologia de projeto (Guerra, 2002; Ruivo et al., 2010). Esta assume-se como uma investigação centrada num problema identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes que visam a sua resolução (Ruivo et al., 2010). Através da implementação desta metodologia pretendeu-se não só a resolução de uma problemática, mas também a aquisição de competências que permitiram uma prática de cuidados de enfermagem especializada na saúde da pessoa idosa.

Este projeto permitiu a identificação das necessidades de melhoria nos cuidados prestados ao idoso hospitalizado na prevenção do declínio no desempenho das suas ABVD, suportado numa prática baseada na evidência, desenvolvendo-se por 5 fases: diagnóstico da situação, definição de objectivos, planeamento, execução/avaliação e divulgação dos resultados/relatório (Ruivo et al., 2010).

Com o intuito de operacionalizar os objectivos, dividiu-se a implementação das atividades segundo três etapas, dando-lhes uma ordem para a sua realização, de modo a se obterem os resultados (Fortin, 2009). A primeira etapa foi denominada de diagnóstico, que pretendeu complementar o diagnóstico da situação do projeto. A segunda foi a etapa de desenvolvimento, onde se pretendeu desenvolver a fase de execução do projeto, e, por último, a etapa de avaliação, que teve como objetivo

identificar, recolher e analisar os resultados e contributos deste projeto, com o intuito de serem divulgados.

### **3.2. Finalidade e Objetivos Gerais**

Com na base na problemática que originou este projeto e com o conhecimento real do seu contexto, tornou-se importante definir a finalidade do projeto e formular objectivos adequados, realistas e operacionais (Guerra, 2002). Desta forma, a finalidade deste projeto foi desenvolver intervenções de Enfermagem, em parceria com o idoso hospitalizado e cuidador, que previnam a sua dependência nas ABVD, promovendo o cuidado de si, num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa.

Tendo delineado os seguintes objectivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e cuidador, mais especificamente na implementação de intervenções que previnam o declínio no grau de independência do idoso hospitalizado no desempenho das suas ABVD, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e cuidador, mais especificamente na implementação de intervenções que previnam o declínio no grau de independência do idoso hospitalizado no desempenho das suas ABVD, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

### **3.3. Planeamento**

O planeamento é a terceira fase do ciclo do projeto, sendo relativo às atividades, estratégias e meios utilizados na implementação do mesmo (Ruivo et al., 2010). Como enfermeiro a adquirir competências de especialista no cuidado à pessoa idosa, foi desenvolvido um papel ativo, procurando interagir com os diferentes participantes e prestando cuidados diretos ao cliente idoso hospitalizado. Neste sentido, foi planificada a implementação do projeto, tendo sido elaborado um

cronograma (Apêndice II), com o intuito de calendarizar as atividades ao longo curso do estágio. Esta planificação permitiu um levantamento dos recursos necessário à concretização deste projeto, bem como dos métodos e técnicas de colheita de dados a serem utilizados nas atividades programadas, de modo a adquirir competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, desenvolvendo um papel ativo, procurando interagir com os diferentes participantes e prestando cuidados diretos ao cliente idoso hospitalizado.

Desta forma, inerente à implementação de um projeto, existe a necessidade de definir os seus participantes, tendo estes um papel ativo na sua execução (Ruivo et al., 2010). Na implementação deste projeto foram englobados como participantes, todos os enfermeiros do serviço, independentemente da sua função, contabilizando um total de 22 enfermeiros, e todos os clientes com idades superiores ou iguais a 65 anos, de ambos os sexos, admitidos neste serviço, durante todo o período de estágio. A estes participantes foi assegurando o anonimato e confidencialidade, sendo a sua participação de carácter voluntário. Foi, ainda, respeitada a sua condição humana, protegendo-os de qualquer dano físico ou psicológico, sendo respeitados os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Fortin, 2009).

Na elaboração de um projeto, também foram selecionados e aplicados diferentes métodos de colheita de dados, cabendo ao seu autor determinar quais os mais convenientes ao seu objetivo de estudo (Ruivo et al., 2010). Deste modo, foram utilizados instrumentos e técnicas de colheita de dados, como questionários, análise de conteúdo e estatística, realização de notas de observação das práticas, reflexões e entrevistas não estruturadas, com o intuito de identificar lacunas e conhecimentos, descrever as práticas observadas e monitorizar e avaliar as atividades desenvolvidas.

### 3.4. Execução e avaliação das atividades desenvolvidas e aprendizagens adquiridas

Com o intuito de operacionalizar os objectivos específicos, optou-se por dividir o estágio em três etapas, sendo estas a etapa de diagnóstico, de desenvolvimento e de avaliação (Fortin, 2009). Na primeira etapa, que decorreu no mês de Outubro, foram colhidos os dados, de modo a complementar o diagnóstico de situação. Na segunda etapa, que decorreu entre os meses de Novembro e Janeiro, foram implementadas as principais atividades e intervenções do estágio. E por fim, na última etapa, a de avaliação, que decorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro, foram avaliados os contributos deste projeto de intervenção na equipa de enfermagem e nos clientes idosos hospitalizados e seus cuidadores.

#### 1ª Etapa – Diagnóstico

Objetivo Específico	Atividades desenvolvidas
• Identificar as práticas de Enfermagem direcionadas para a prevenção do declínio no desempenho das ABVD do idoso hospitalizado, promovendo o cuidado de Si.	• Realização de uma revisão da literatura, com metodologia de revisão sistemática; • Realização de um questionário aos enfermeiros; • Análise inicial dos registos de enfermagem dos processos clínicos dos idosos hospitalizados; • Observação participante das práticas de Enfermagem

#### Atividades desenvolvidas durante a etapa de Diagnóstico

Desde o momento de elaboração do projeto de estágio, que tinha vindo a ser executada uma revisão narrativa da literatura que fundamentasse a problemática e que permitisse clarificar os diferentes conceitos. Posteriormente, aquando do início do estágio, foi realizada **uma pesquisa bibliográfica, utilizando a metodologia de**

**revisão sistemática de literatura** (Apêndice I), com o intuito de promover intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica, tendo como ponto de partida a pergunta de investigação, em formato PI(C)O: “Em relação às pessoas com 65 e mais anos (P), quais as intervenções de enfermagem (I) que previnem o declínio no desempenho das ABVD durante a hospitalização (O)?” (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005).

A pesquisa incidiu na consulta da base de dados eletrónica EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, MedicLatina e ERIC), tendo sido pesquisados artigos científicos recorrendo aos seguintes descritores: “elderly” OR “frail elderly” OR “aged” OR “older” **AND** “hospital” OR “hospitalization” OR “hospitalized” OR “acute care” **AND** “nursing” OR “nursing care” OR “nursing interventions” **AND** “functional decline” OR “functional status” OR “deconditioning” OR “activities of daily living”. Esta pesquisa foi realizada no período cronológico de 01/01/2007 a 31/10/2012, baseando-se em Guyatt, Rennie, Meade e Cook (2002), que preconizam que a revisão sistemática da literatura deve ter em conta a evidência dos últimos cinco anos. Através desta pesquisa, foram obtidos um total de 1176 artigos, pelo que foi necessário construir um conjunto de critérios de inclusão e exclusão por forma a refinar a pesquisa e obter artigos adequados à questão de investigação e aos objectivos do estudo. No fim, a base bibliográfica ficou composta por 11 artigos, que após a sua análise, possibilitaram a elaboração de um quadro síntese de intervenções de enfermagem específicas. Estas, ao fornecerem um suporte teórico ao projeto desenvolvido, surgem particularmente importantes na determinação das intervenções, baseadas na melhor e mais atual evidência científica, na prevenção do declínio no desempenho das ABVD no idoso hospitalizado. Foi também essencial o desenvolvimento de competência enquanto enfermeiro especialista, no domínio das aprendizagens profissionais e melhoria da qualidade, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento científico, facultando capacidades e habilidades que, mobilizados no contexto da prática, permitiram identificar as necessidades de saúde da pessoa idosa e atuar (OE, 2010b).

Nesta etapa, foi também aplicado **um questionário aos elementos da equipa de enfermagem** (Apêndice III) constituído por seis questões. A realização deste

permitiu reunir um conjunto de informações relativas aos conhecimentos de todos os elementos acerca da avaliação da capacidade funcional dos idosos hospitalizados, mais particularmente no desempenho das ABVD, assim como de intervenções específicas na manipulação ambiental e na mobilidade intra-hospitalar. Este ainda proporcionou compreender as competências adquiridas na implementação do projeto anterior, assim como identificar quais as necessidades de formação na equipa.

O questionário foi preenchido por 17 enfermeiros, correspondendo a uma adesão de cerca de 77%, tendo sido posteriormente realizada uma análise estatística e de conteúdo, por UR (Apêndice IV). O projeto desenvolvido anteriormente no serviço revelou-se importante na aquisição de competências na equipa de enfermagem, sendo que esta foi unânime em considerar pertinente a avaliação da capacidade de desempenho nas ABVD dos idosos hospitalizados, utilizando o índice de Barthel, nos diferentes tempos (prévio à admissão, no momento da admissão, ao longo do internamento e no momento da alta). Consideraram, ainda, que esta avaliação apresentou-se como um método que permite, ao conhecer o estado basal do idoso, estabelecer objectivos e metas funcionais personalizadas a cada cliente, conhecer as ABVD mais afetadas, monitorizar a sua evolução e adequar as intervenções de enfermagem à individualidade de cada um.

Neste questionário procurou-se, ainda, identificar os conhecimentos sobre as intervenções específicas a desenvolver na prevenção do declínio no desempenho das ABVD no idoso hospitalizado, nomeadamente na manipulação ambiental e na mobilidade/marcha. Os enfermeiros referiram existir uma preocupação em manter um ambiente seguro e promotor da independência, prevenindo complicações como a ocorrência de quedas. Relativamente às intervenções incidentes na mobilidade, estes consideram importante incentivar à realização de períodos de promoção da mobilidade intra-hospitalar, como períodos de marcha, levante precoce e deslocações ao WC e ao refeitório, envolvendo os cuidadores nos cuidados. Por último, foram apresentadas algumas sugestões à implementação do projeto.

Em suma, ao analisar os questionários aplicados à equipa de enfermagem, foi observado que esta demonstrou uma consciencialização da importância da avaliação do desempenho nas ABVD do idoso hospitalizado e da adoção de



estratégias específicas na prevenção da dependência nesse mesmo desempenho. Contudo, foi identificada a necessidade de um maior investimento na formação e implementação de estratégias específicas que incidam na mobilidade/marcha e na manipulação ambiental. Por outro lado, a equipa foi incentivada na partilha das dificuldades sentidas e sugestões para promoção da independência dos idosos hospitalizados, tornando este um projeto partilhado.

De modo a **identificar a prática de registo/documentação** e verificar a consciencialização do Modelo de Parceria na equipa de enfermagem, foi realizada uma análise de conteúdo por frequência dos registos realizados na folha de colheita de dados (Anexo III) e nas notas de evolução de enfermagem de 25 processos clínicos de clientes com idades iguais ou superiores a 65 anos. Esta análise teve como suporte uma grelha de observação (Apêndice V) construída com base nas dimensões e indicadores das cinco fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2009). A construção desta grelha tornou-se pertinente, pois tal como refere Gomes (2007), para existir parceria há necessidade da criação de uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica à partida um conhecimento aprofundado do cliente idoso. Após a realização de uma análise aos resultados obtidos (Apêndice VI), destacou-se que a equipa de enfermagem apresentava uma preocupação em recolher dados que permitam conhecer o idoso, assim como elementos relativos ao seu estado funcional (concordantes com a fase de **revelar-se** e **envolver-se**). A análise ainda mostrou que relativamente às restantes fases, a informação registada era insuficiente ou incompleta, não correspondendo às expectativas iniciais para este projeto. O facto da equipa de enfermagem ter participado num projeto onde foi utilizado o Modelo de Intervenção em Parceria, seria espectável que este estivesse espelhado nos seus registos.

A análise dos registos demonstrou que a equipa de enfermagem recolhe a informação necessária para o conhecimento do cliente idoso e dos seus contextos. No entanto, foi explicitada a necessidade de existir um maior investimento relativamente à consciencialização dos diferentes elementos necessários para trabalhar em parceria com o cliente idoso. Como os processos de mudança apenas se concretizam quando os recursos endógenos são ativados por aqueles que os

detêm, é necessário incentivar a melhoria no registo das intervenções desenvolvidas que promovam a independência nas suas ABVD, facilitando a partilha de conhecimentos, a reflexão conjunta e motivar a equipa de enfermagem para a participação e implementação deste projeto (Guerra, 2002; Rodrigues e Ferrão, 2006).

Ainda nesta primeira etapa, com vista a complementar a análise dos registos de enfermagem, revelou-se pertinente a realização de **observações das práticas da equipa de enfermagem**, de modo a perceber como esta vinha a intervir na capacidade funcional da pessoa idosa, operacionalizando na sua prestação de cuidados o Modelo de Parceria (Gomes, 2009). A observação participante consistiu num meio de pesquisa no qual o autor do projeto se abstrai do seu papel e, tendo uma participação direta e pessoal com os participantes, estudou o comportamento destes e os acontecimentos que se produziram no seu meio habitual (Fortin, 2009). As notas de observação das práticas realizadas encontraram-se divididas por um momento descritivo, e outro reflexivo, tendo por base indicadores do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) (Apêndice VII). Estas observações (Apêndice VIII) foram realizadas nos turnos da manhã e da tarde, englobando 3 enfermeiros com diferentes níveis de competências (Benner, 2005).

Da análise destas observações, verificou-se que os enfermeiros na sua prática de cuidados procuraram conhecer o cliente idoso, junto deste ou dos familiares/cuidadores, em relação à sua identidade, ao seu projeto de vida e à sua dimensão física, psicológica, social e espiritual, encontrando-se concordante com a fase de Revelar-se do Modelo de Parceria (Gomes, 2009). Para isso, os enfermeiros utilizaram a folha de colheita de dados e os diversos instrumentos de avaliação (escalas/índices) como um guião orientador da entrevista inicial ao cliente idoso, permitindo recolher informações importantes acerca da capacidade funcional do idoso hospitalizado. Os enfermeiros procuraram, também, conhecer o cliente e o seu potencial atual, proporcionando um ambiente seguro e promotor de uma relação de confiança e reciprocidade, o que foi ao encontro com a fase de Comprometer-se. O facto de a equipa de enfermagem ter sido dotada, através de um outro projeto, de um instrumento de avaliação do desempenho nas ABVD, o índice de Barthel,

capacitou esta para uma avaliação mais objetiva das necessidades da pessoa idosa e da sua capacidade funcional potencial.

No entanto, constatou-se que, o facto de os enfermeiros não apresentarem um plano de cuidados individualizado que satisfaça as necessidades/áreas mais afetadas do cliente idoso, interferiu na continuidade dos cuidados ao longo do internamento, dificultando a perceção das intervenções implementadas, dos seus resultados e áreas que necessitavam de maior investimento. Esta questão enfatizou a importância da transmissão dos resultados das diversas avaliações realizadas ao idoso admitido, assim como o correto registo/documentação das intervenções adotadas, essenciais à continuidade dos cuidados, à promoção do cuidado de Si e ao prosseguimento do projeto de vida do cliente idoso hospitalizado (Gomes, 2009).

Ao realizar estas observações constatou-se que os enfermeiros demonstraram adesão a algumas das estratégias já implementadas no serviço referentes à avaliação inicial da capacidade funcional do cliente idoso, como é o caso do preenchimento do índice de Barthel, e adoção de algumas das intervenções que incidem na mobilidade/marcha e na manipulação ambiental, contempladas na manual de intervenções realizado no serviço (Nascimento, 2013). Todavia, o registo e a transmissão de informação foram áreas identificadas com necessidade de maior investimento, já que se observou que nem todos os cuidados prestados se encontravam refletidos nos registos de enfermagem.

As atividades realizadas durante a etapa de diagnóstico foram importantes no desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista, permitindo identificar oportunidades de melhoria, envolvendo a análise e revisão das práticas, avaliando a qualidade dos cuidados, tendo em vista a implementação de programas de melhoria contínua da prática de Enfermagem (OE, 2010b).

No final desta etapa, surgiu a oportunidade de participar nas comemorações do 5º aniversário da ESEL, subordinado ao tema “Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações”, através da realização de um poster científico (Apêndice IX), que abordou os resultados obtidos na etapa de diagnóstico deste projeto. A partilha e divulgação pública dos dados obtidos constituíram-se como uma experiência enriquecedora, e a atribuição do 3º prémio, como um incentivo à continuidade deste

projeto. Esta atividade permitiu a interpretação e divulgação dos dados aferidos, com vista ao conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem (OE, 2010b; Ruivo et al., 2010).

## **2ª Etapa – Desenvolvimento**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Atividades desenvolvidas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolver a equipa de Enfermagem na continuação da implementação de intervenções preventivas do declínio no desempenho das ABVD, em parceria com o idoso hospitalizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de uma sessão de formação;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar intervenções de Enfermagem, que, em parceria com o idoso hospitalizado, promovam a sua independência no desempenho das ABVD e no cuidado de Si.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação, juntamente com a equipa de Enfermagem, de intervenções que previnam o declínio no desempenho nas ABVD, através da manipulação ambiental e do andar/marcha ou deslocar-se;</li> <li>• Prestação de cuidados especializados em parceria com a pessoa idosa e cuidador, com realização de estudos de caso.</li> </ul>

### **Atividades desenvolvidas durante a etapa de Desenvolvimento**

No início da etapa de desenvolvimento do projeto, suportado na informação adquirida na etapa de diagnóstico, existiu a necessidade de envolver a equipa de enfermagem neste através de uma **sessão de formação** (Apêndices X, XI). Esta consistiu num momento formativo durante o qual se pretendeu a aquisição e/ou o aprofundamento das competências nos participantes, de forma a libertarem-se de

uma prática de cuidados rotineira e delinearem-se concomitantemente estratégias futuras que promovessem a otimização dos cuidados de enfermagem prestados (Alarcão e Tavares, 2003; Rodrigues e Ferrão, 2006). Assim, foram estabelecidos os seguintes objectivos: apresentar o projeto de estágio à equipa de enfermagem; e, sensibilizar a equipa de enfermagem para a continuação da implementação de intervenções no serviço, em parceria com o idoso hospitalizado. Como meio auxiliar pedagógico e como reforço da comunicação oral, recorreu-se ao uso do *data-show*, pelo seu forte contributo na aprendizagem e na recolha de informação visual pelos participantes (Rodrigues e Ferrão, 2006).

Para que estes objectivos fossem atingidos, procedeu-se à contextualização da problemática em estudo, através da apresentação de um enquadramento teórico suportado na melhor evidência disponível (Rodrigues e Ferrão, 2006). Em seguida, envolveu-se a equipa de enfermagem no projeto e na importância da continuação da avaliação do grau de (in)dependência nas ABVD e apresentadas as estratégias a serem desenvolvidas, de modo a existir uma continuação da implementação do “Manual de intervenções de enfermagem preventivas à ocorrência de declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD’s” no serviço, já iniciada no projeto anterior. As estratégias apresentadas, com o intuito de promover a mudança no seio da equipa de enfermagem, consistiram no reforço para um correto preenchimento do índice de Barthel, nas suas diferentes fases, na implementação de intervenções que previnam o declínio no desempenho das ABVD no idosos hospitalizado, particularmente naquelas que incidam na mobilidade/marcha e manipulação ambiental, e de um completo registo destas no processo clínico. No final, foram esclarecidas todas as dúvidas relativas à implementação do projeto, dotando a equipa de um saber-fazer que se pode traduzir posteriormente na sua eficaz aplicação (Rodrigues e Ferrão, 2006).

A sessão de formação apresentou uma adesão de 50%, tendo sido presenciada por 11 enfermeiros. Estes manifestaram interesse e apoio na implementação deste projeto, verbalizando vontade em continuar com a aplicação do manual de intervenções, incidindo, com este projeto, na mobilidade/marcha e manipulação ambiental. No final, os enfermeiros avaliaram a sessão entre 4 e 5 (Muito Bom e Excelente), numa escala de classificação que variava entre 1 e 5, em diferentes

itens de avaliação, como a adequação dos objectivos, a transmissão dos conteúdos, a relação pedagógica do formador, a adequação dos métodos utilizados e a utilização de meios e suportes pedagógicos (Apêndice XII).

Através desta atividade, considero que desenvolvi competências enquanto enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais, tendo sido desempenhado um papel dinamizador nos processos de mudança e no desenvolvimento e suporte de estratégias, com vista à melhoria dos cuidados prestados no serviço, suportado na melhor evidência científica, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Rodrigues e Ferrão, 2006; OE, 2010b).

Numa segunda fase da etapa de desenvolvimento, foram desenvolvidas, juntamente com a equipa de enfermagem, **intervenções que prevenissem o declínio no desempenho nas ABVD**, com foco na manipulação ambiental e no andar/marcha ou deslocar-se.

Relativamente à manipulação ambiental, as intervenções sugeridas foram:

- Efetuar a elevação das grades de proteção laterais da cama em clientes prostrados, agitados, desorientados e dependentes nas suas ABVD;
- Manter as zonas de circulação do cliente, nomeadamente a enfermaria, os corredores, a casa de banho, o banho assistido e a sala de refeições dos doentes, bem iluminadas e sem obstáculos à sua circulação;
- Promover a diminuição da intensidade das luzes e da estimulação sonora durante o período noturno, para uma melhor otimização do padrão de sono;
- Procurar manter os clientes desorientados, agitados e com patologias como a Doença de Parkinson, Demências e Síndrome Vertiginoso, numa enfermaria próxima da sala de Enfermagem para uma maior vigilância.

Quanto às intervenções com foco no andar/marcha ou deslocar-se, foram:

- Estimular a deambulação do cliente e promover um período de marcha independente, supervisionada ou assistida, no turno da manhã e no turno da tarde, na enfermaria e/ou corredor;
- Avaliar a necessidade de uso de auxiliares de marcha, verificar o seu correto uso, informando e treinando com o cliente a sua utilização;

- Disponibilizar prolongamentos de oxigénio e balas portáteis de oxigénio para que o cliente se possa mobilizar na enfermaria e junto ao leito;
- Estimular os cuidadores, consoante a sua disponibilidade e vontade, a deambular com os clientes durante o horário das visitas.

Para o sucesso da implementação destas estratégias no serviço e para o desenvolvimento de competências no cuidado ao cliente idoso no seio da equipa de enfermagem, ao longo do estágio foi demonstrada disponibilidade em acompanhar os enfermeiros na prestação de cuidados que visassem a construção de um ambiente terapêutico, seguro e promotor da independência. Foi ainda reforçada a importância de um correto e completo registo das intervenções desenvolvidas com a pessoa idosa e cuidador, com o objetivo de promover uma adequada transmissão de informação entre a equipa multidisciplinar, potenciando a continuidade dos cuidados prestados. A existência de um elemento de referência no seio da equipa de enfermagem, permitiu o esclarecimento de dúvidas e a realização de sugestões sobre planos de intervenção em clientes de risco, promovendo um elo de ligação entre a prática de cuidados e a evidência científica.

A adoção de um estilo de supervisão e de liderança do tipo colaborativo, permitiu estimular a reflexão em grupo, escutar os diferentes elementos, providenciar informação e ajudar a encontrar soluções, trabalhando em parceria com a equipa de enfermagem, dando resposta à problemática (Alarcão e Tavares, 2003). Esta interação com a equipa de enfermagem revelou-se uma relação aberta e recíproca, existindo partilha e troca de críticas construtivas, facilitada pelo facto de fazer parte integrante desta equipa e existir uma relação de confiança. Ao desenvolver estas estratégias, adquiri competências de enfermeiro especialista, segundo a OE (2010b), promovendo a sensibilidade, consciência e respeito em relação à pessoa idosa e atuando como formador em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.

Durante o estágio, a **prestação de cuidados diretos aos clientes idosos**, revelou-se uma oportunidade de mobilização de conhecimentos e diferentes estratégias apreendidos ao longo de todo o curso, possibilitando-me a consciencialização da mudança de comportamentos e aquisição de competências. Estas competências

têm como objetivo adquirir o grau de especialista e mestre na saúde da pessoa idosa, englobando aquisição de capacidades nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, da investigação e das aprendizagens profissionais (OE, 2010b). Estas foram adquiridas ao longo do estágio, fortalecendo uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivando a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciando a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (OE, 2010b; ESEL, 2013).

Com o intuito de alcançar tais competências, a operacionalização dos cuidados utilizando o Modelo da Parceria apresentou-se como fator facilitador, permitindo apreender o potencial dos clientes idosos em proveito da sua qualidade de vida, autonomia e independência, na promoção do cuidado de Si (Gomes, 2009). Este modelo revelou-se essencial na aquisição de competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, e da melhoria contínua da qualidade, permitindo a identificação das necessidades dos idosos hospitalizados e a potencialização das suas capacidades, criando um ambiente seguro e tendo em conta o seu poder de decisão e dos seus cuidadores na planificação dos cuidados, apresentando como principal objetivo a promoção do cuidado de Si. Trabalhar em parceria proporcionou refletir na minha prática o pouco conhecimento que se tem da pessoa e de como este é importante para compreender a forma como avaliamos a pessoa idosa de quem cuidamos, assim como das suas capacidades, limitações, objectivos e projetos de vida. Outras capacidades desenvolvidas foram, ainda, o desenvolvimento das minhas habilidades relacionais com o cliente, cuidadores e profissionais. A envolvimento dos cuidadores nos cuidados revelou-se como recurso facilitador na implementação de estratégias como a promoção da mobilidade/marcha e na adequação do ambiente hospitalar, promovendo cuidados em segurança, importantes na prevenção de complicações inerentes à hospitalização, como o declínio do grau de (in)dependência na realização das suas ABVD.

Durante a prática de cuidados especializados à pessoa idosa, foi-me possível a realização de estudos de caso (Apêndice XIII). Através desta prática compreendeu-se a importância de observar a pessoa idosa, de a questionar e de aplicar



instrumentos de avaliação (Anexo IV), de modo a realizar a sua avaliação multidimensional. Esta permitiu, ainda, intervir junto do cliente idoso de uma forma individualizada e com diagnósticos de enfermagem precisos, mobilizando competências para a construção de uma relação de confiança e reciprocidade, e adaptando aspetos da educação para a saúde. Com base num profundo conhecimento da pessoa e da sua identidade foi possível direccionar os cuidados e intervenções, estabelecendo compromissos e metas terapêuticas personalizadas, que permitissem a continuação do seu projeto de vida, promovendo o cuidado de Si. Foi também possível adquirir e aprofundar competências no âmbito da investigação, mobilizando conhecimentos científicos inerentes à saúde da pessoa idosa, de modo a que viabilizasse um melhor entendimento das suas situações de doença e de como estas poderiam atuar nas suas diferentes especificidades. Através do acesso e pesquisa em bases de dados, da análise crítica de estudos científicos e da realização de síntese da evidência, permitiu desenvolver um conjunto de intervenções com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente idoso hospitalizado e cuidador, mais especificamente na prevenção do declínio no desempenho das suas ABVD. Estas permitiram ser um agente dinamizador, através da implementação de práticas baseadas na evidência que previnem o declínio no desempenho das ABVD do idoso hospitalizado, identificando as suas necessidades, atendendo às suas preferências e respeitando os princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

De modo a desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, foi assegurada a continuidade dos cuidados dirigidos à prevenção do declínio no desempenho das ABVD, utilizando o protocolo de articulação entre o serviço de Pneumologia e o HDIR, do mesmo departamento. Este protocolo consiste na partilha de informação clínica entre os dois serviços sobre clientes seguidos em HDIR e que se encontrem internados no serviço de internamento. Este protocolo revelou-se importante, pois permite, através da partilha de informação adicional, um melhor conhecimento do contexto de doença do cliente, quando este é admitido em fase aguda. Em sentido contrário, no momento da alta, foi informado o HDIR, enviando informações referentes ao seu internamento e alterações terapêuticas significativas, como por exemplo, a introdução, ou alteração na prescrição, de Oxigénio de Longa

Duração ou de Ventilação Não Invasiva e possíveis colonizações bacterianas adquiridas no internamento. Aproveitando este veículo de transmissão de dados, foi completada a informação enviada com dados referentes à capacidade funcional do cliente idoso, mais especificamente no grau de (in)dependência no desempenho das ABVD, pormenorizando a existência de declínio e quais as ABVD mais afetadas durante o curso do internamento e no momento da alta, incentivando igualmente a equipa de enfermagem à sua realização.

A mobilização de competências específicas ao cuidado à pessoa idosa permitiu a realização de momentos de aprendizagem junto da equipa de enfermagem, de modo a que esta fosse munida com conhecimentos científicos que lhe permitisse uma adequada intervenção junto dos clientes idosos. Através da realização da sessão de formação e em momentos de formação em contexto de trabalho, pretendeu-se capacitar os pares, promovendo a aquisição de competências específicas na formação e aprendizagens profissionais, mais especificamente na melhoria da comunicação oral, da capacidade de argumentação e da dinamização da equipa.

Através desta prestação de cuidados especializados, foram fortalecidas as competências de enfermeiro especialista, desenvolvendo uma prática de enfermagem na saúde do idoso, que permitiu avaliar os processos do cuidar e os resultados referentes à tomada de decisão, otimizando o processo de cuidados e partilhando informação inerente aos clientes idosos com outros profissionais de saúde (OE, 2010b).

### **3ª Etapa – Avaliação**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Atividades desenvolvidas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os contributos deste projeto na prática de cuidados de Enfermagem ao idoso hospitalizado no Serviço de Pneumologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise final dos registos de enfermagem dos processos clínicos dos idosos hospitalizados;</li> <li>• Monitorização e análise do preenchimento do Índice de Barthel;</li> </ul>

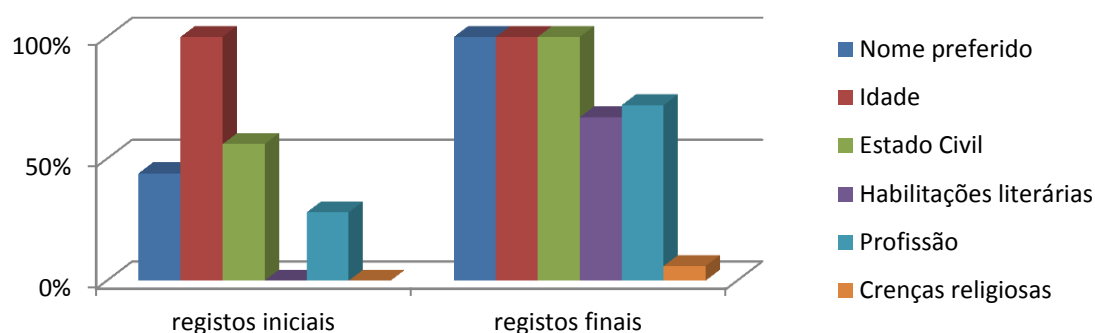
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação do modelo de Gibbs, de modo a identificar qual a importância para a equipa de Enfermagem do projeto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os contributos deste projeto para o idoso hospitalizado e cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos contributos do projeto para os idosos hospitalizados e cuidador, através de entrevistas não estruturadas.</li> </ul>

### **Atividades desenvolvidas durante a etapa de Avaliação**

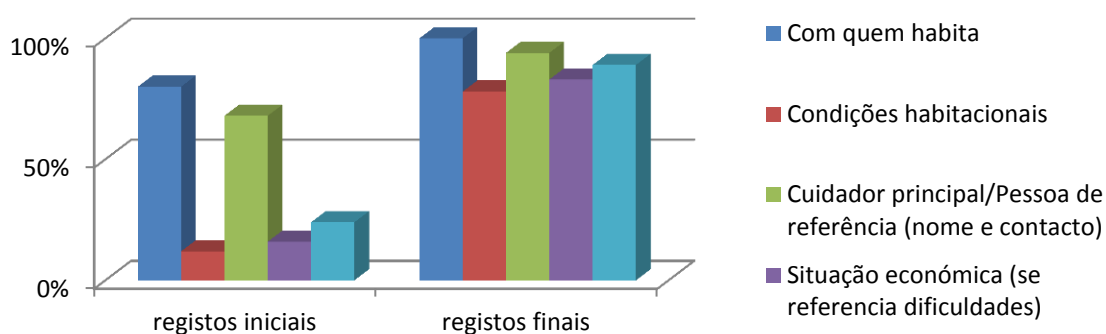
A etapa de avaliação revelou-se importante, pois permitiu projetar as aprendizagens, as metas atingidas e as dificuldades vivenciadas pelos intervenientes. Desta forma procurou-se avaliar o projeto através da análise dos contributos na equipa de enfermagem, assim como nos clientes idosos e seus familiares/cuidadores.

Assim, como realizado na etapa de diagnóstico, foi efetuada uma **observação e análise dos registos de enfermagem** (Apêndice XIV) de 18 processos clínicos de clientes com idades superiores ou iguais a 65 anos, utilizando a mesma grelha (Apêndice V) de indicadores baseados no modelo de parceria de Gomes (2009), de modo a perceber a ocorrência de mudança nos registos realizados na folha de colheita de dados (Anexo III) e nas notas de evolução de enfermagem.

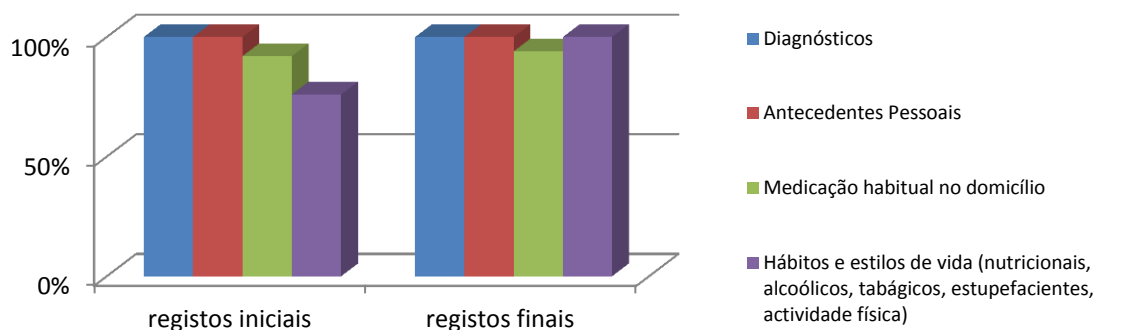
O investimento realizado na melhoria da documentação fez com que se obtivessem resultados positivos, com um aumento da taxa de registo em todos os indicadores, especialmente mais acentuada nas duas primeiras fases do modelo de parceria. Os enfermeiros revelaram uma maior preocupação em procurar conhecer o cliente idoso na sua identidade, contextos de vida e de doença, e rede de apoio. Concomitantemente, a equipa de enfermagem apresentou um incremento no registo de como esta promove um ambiente seguro e uma relação de partilha, de confiança e de reciprocidade, conhecendo o cliente idoso face ao seu desempenho nas ABVD, principalmente na avaliação do seu grau de (in)dependência.



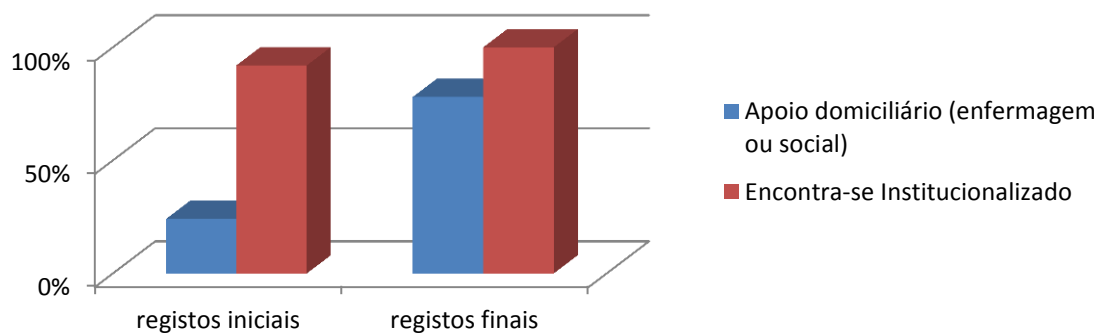
**Gráfico 1** – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “avaliação do cliente idoso”



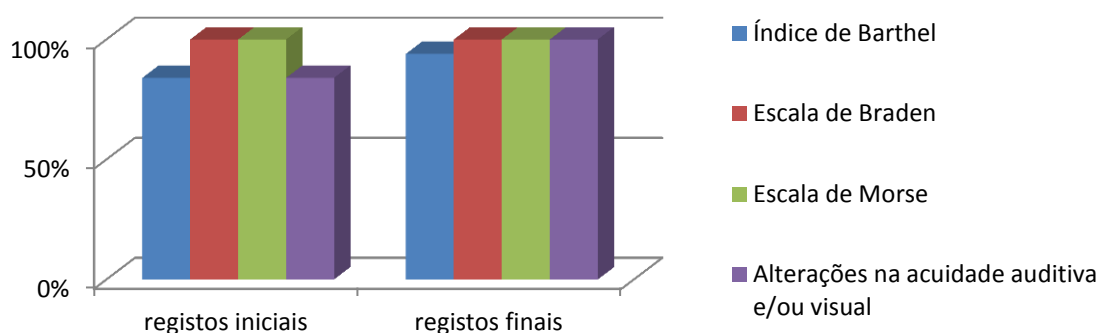
**Gráfico 2** – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “contexto de vida”



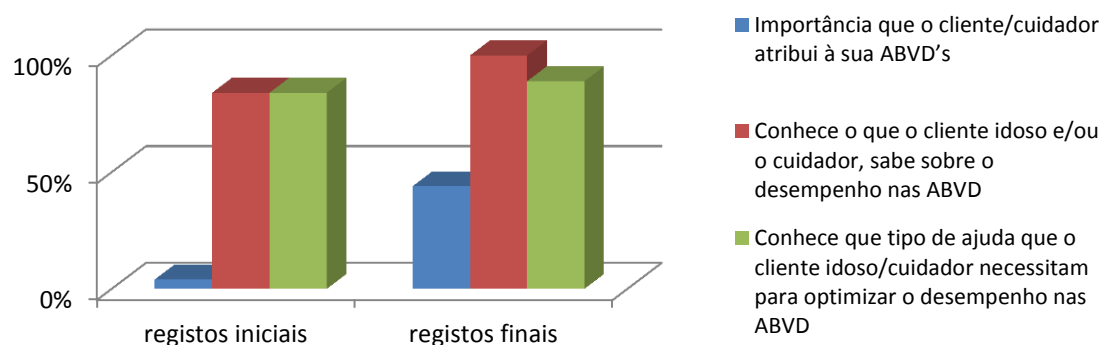
**Gráfico 3** – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “contexto de doença”



**Gráfico 4** – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “rede de apoio”



**Gráfico 5** – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “avaliação do cliente idoso”



**Gráfico 6** – Comparação de os registos iniciais com os finais, relativamente ao indicador “Conhece o cliente idoso/cuidador face à sua independência nas ABVD”

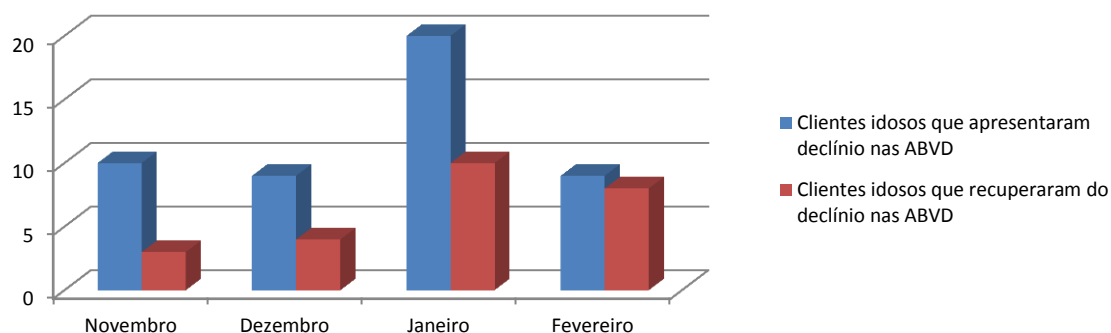
Relativamente às últimas três fases do modelo, que na observação inicial se tinha observado uma taxa de registos muito baixa ou mesmo nula, verificou-se uma melhoria, existindo um aumento na taxa de registo. Esta melhoria foi essencialmente notada na forma de como a equipa de enfermagem registou situações em que envolveu partilha do poder de decisão, desenvolvimento de intervenções de enfermagem, construção de uma ação conjunta, procura do conforto e bem-estar e capacitação do idoso e cuidador, de modo a atingir objectivos comuns e assumir o cuidado de Si/assegurar o cuidado do Outro.

Através da realização de uma análise sobre a **monitorização do preenchimento do índice de Barthel** (Apêndice XV), esta revelou uma adesão, por parte da equipa de enfermagem, no momento da admissão, nas reavaliações de 5 em 5 dias e no momento de alta, de 100% em 108 clientes idosos monitorizados. Contudo, em relação à avaliação do estado prévio à admissão, 17 processos não apresentavam registo, pelo que se obteve uma taxa de adesão de 84,3%.

Realizando uma análise mais exaustiva dos scores relativos ao desempenho nas ABVD, obtidos através do preenchimento do índice de Barthel, comparando-se estes nos diferentes momentos de preenchimento (avaliação da capacidade prévia à admissão, no momento de admissão, nas reavaliações de 5/5 dias e no momento de alta). Para esta análise foram excluídos 21 dos 108 idosos monitorizados, pelo facto de não apresentarem o preenchimento da avaliação do estado prévio (17 clientes) e não haver registo relativo ao momento da alta de 4 clientes que aguardam resolução social.

Analisando os scores dos 87 clientes idosos com critérios de inclusão, observou-se que 48 clientes (55,2%) apresentaram um declínio no desempenho das ABVD no momento da admissão, quando comparado com a avaliação do estado prévio à admissão. Estes resultados corroboram os estudos de Covinsky (2003) e Boltz et al. (2012), que revelaram que 43 a 53% dos idosos admitidos experienciam um declínio funcional no momento de admissão, relativo ao seu estado funcional basal (2 semanas antes da admissão). Destes 48 clientes idosos, que apresentaram declínio no desempenho na ABVD, foi de salientar que 25 contabilizaram um score igual e 3 aumentaram o seu score, no momento da alta, ou seja, no total, foram 28 clientes idosos (58,3%) que recuperaram do declínio no desempenho nas ABVD durante o período de internamento.

Ainda foi de referir que 13 (27,1%) clientes idosos não conseguiram recuperar do declínio no desempenho nas ABVD, no momento da alta, 6 faleceram e 1 foi transferido para outro serviço. Alguns dos clientes idosos que não recuperaram do declínio no desempenho das ABVD apresentavam doenças crónicas, como neoplasias do pulmão em estágio IV, que poderão ter contribuído para a manutenção da sua situação de dependência no desempenho nas ABVD.



**Gráfico 7** – Distribuição da taxa de recuperação do declínio no desempenho das ABVD ao longo do estágio

Em relação à taxa de recuperação do declínio no desempenho das ABVD (comparando o número de idosos que apresentaram um declínio no desempenho nas ABVD e aqueles que recuperaram desse declínio), verificou-se que esta aumentou, ao longo do estágio, de 30% para cerca de 89%. Apesar de não poder concluir que o aumento desta taxa de recuperação se deveu ao desenvolvimento das estratégias implementadas durante o estágio, pois necessitaria da realização de outro tipo de estudo, este facto gerou um estímulo em investir numa futura continuidade deste projeto, de modo a aferir possíveis ganhos em saúde na população idosa hospitalizada.

Com a intenção de identificar os contributos deste projeto, na equipa de enfermagem, foi solicitada a **realização de um momento reflexivo** escrito (Apêndice XVI), com base no ciclo de Gibbs. Desta forma, foi pedido que descrevessem a sua prática de cuidados à pessoa idosa, mais especificamente na implementação de intervenções promotoras do grau de independência no desempenho das ABVD. Os enfermeiros foram incentivados a exporem os seus sentimentos e pensamentos em relação ao projeto, os elementos facilitadores e inibidores, a avaliação global da sua implementação no serviço e sugestões futuras. Esta atividade contou com a participação de 14 enfermeiros, correspondendo a uma adesão de 64% da equipa.

Através de uma análise de conteúdo das reflexões (Apêndice XVII) entregues, esta revelou que o projeto contribuiu para um melhor conhecimento do cliente idoso (14 UR), para a avaliação das capacidades funcionais do idoso, utilizando o índice de Barthel (14 UR), e na planificação dos cuidados, segundo as necessidades identificadas (14 UR), nomeadamente na mobilidade/marcha e manipulação ambiental.

Das intervenções desenvolvidas na promoção da mobilidade/marcha, a equipa de enfermagem salientou a importância em estimular o cliente idoso para períodos de marcha (14 UR), envolvendo, se possível, os cuidadores (10 UR), e recorrendo, se necessário, ao uso de auxiliares de marcha (12 UR). Os enfermeiros referiram ainda disponibilizar balas portáteis (12 UR) e prolongamentos de oxigénio (10 UR), para que os clientes se pudessem mobilizar junto ao leito, realizar levante diário (11 UR)

e estimular a alternância de decúbitos e realização da “ponte”, em situações de indicação de repouso no leito (2 UR). Relativamente às intervenções de manipulação ambiental, os enfermeiros descreveram que mantêm as zonas de circulação dos clientes livres de obstáculos e iluminadas (11 UR), o plano do leito baixo, facilitando o seu acesso (13 UR), e que elevam as grades de proteção laterais da cama (12 UR), como estratégia na prevenção de quedas. A diminuição da intensidade das luzes e da estimulação sonora (8 UR), sobretudo no período noturno, foram referidas como promotoras de um ciclo de sono adequado (3 UR) e preventivas de estados confusionais (1 UR).

No desenvolvimento destas intervenções, os enfermeiros revelaram uma melhoria da dinâmica do serviço, aperfeiçoando o trabalho em equipa (10 UR), o envolvimento do cuidador nos cuidados (10 UR), a disponibilização de recursos (12 UR) e uma melhoria na documentação das estratégias em registos de enfermagem (6 UR). A equipa de enfermagem revelou ainda que algumas destas intervenções já faziam parte das atividades dos enfermeiros, mas com o projeto puderam ser realizadas de forma mais consciente e fundamentadas teoricamente (5 UR). Como aspetos negativos, a equipa de enfermagem referiu a falta de tempo e sobrecarga de trabalho na implementação das intervenções de enfermagem (8 UR), bem como dos seus registos (7 UR).

De forma geral, os enfermeiros descrevem o projeto como uma experiência positiva (14 UR), no sentido de proporcionar uma reflexão em relação aos cuidados prestados (4 UR), de ser fulcral no processo de aprendizagem em contexto de trabalho (6 UR), assim como na existência de um elemento de referência para o esclarecimento de dúvidas e no fornecimento de uma opinião relativa às intervenções a adotar (13 UR). Como ações futuras, revelaram a importância da continuidade da implementação das restantes intervenções do manual (10 UR), uma melhor gestão da equipa, segundo os diferentes níveis da dependência identificados (3 UR) e sugeriram, ainda, a elaboração ou introdução de uma metodologia facilitadora dos registos e da planificação dos cuidados (3 UR).

Por último, como forma de perceber os contributos deste projeto nos clientes e cuidadores, recorreu-se à **realização de entrevistas não estruturadas**, ao longo da



prestação de cuidados. A entrevista não estruturada é utilizada quando o entrevistador pretende compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes (Fortin, 2009). Neste sentido, foi criado um guião de entrevista (Apêndice XVIII) com questões orientadoras, no sentido de se identificar se os clientes idosos e cuidadores assumiam o cuidado de Si/asseguravam o cuidado do Outro, não sendo sua formulação e sequência predeterminada, surgindo como uma conversação informal (Fortin, 2009). Assim, em diálogo com 6 clientes idosos e com os seus cuidadores, procurou-se compreender a importância das estratégias desenvolvidas em parceria e que estes refletissem sobre a forma como foram envolvidos nos cuidados, e se este envolvimento lhes permitiu uma participação ativa no processo do cuidar, tendo em conta o seu poder de tomada de decisão.

Os clientes idosos e cuidadores revelaram que se sentiram parte integrante nos cuidados, considerando que existiu uma valorização do seu poder de decisão, sendo interrogados pelas suas preferências, hábitos e padrões de desempenho nas suas ABVD, prévias à hospitalização. Estes aspetos revelaram-se facilitadores na construção de uma relação empática, de confiança e de reciprocidade com os enfermeiros, permitindo-lhes mais facilmente trabalhar em parceria, tendo em vista a sua recuperação. Os clientes idosos e cuidadores sentiram-se envolvidos nos cuidados, expressando que tinham sido criados objectivos terapêuticos comuns, atuando como parceiros na construção de um plano de cuidados com base na sua individualidade, que permitisse a prevenção do declínio no desempenho das ABVD e na promoção da sua independência. Ainda revelaram terem sido munidos de informação relativa à satisfação das necessidades e de estratégias a adotar para a continuidade dos cuidados.

Das estratégias enumeradas pelos entrevistados, focaram que intervenções como o incentivo em deslocar-se ao WC e ao refeitório, a disponibilização de recursos, como o uso de auxiliares de marcha, de balas portáteis de oxigénio e prolongamentos dos óculos nasais, permitiram uma maior mobilidade, não os confinando à sua unidade, possibilitando a manutenção da sua socialização e referindo que sentiram que estas intervenções melhoravam a sua saúde.

Os cuidadores demonstraram interesse em serem promotores da independência do cliente idoso, evidenciando a sua capacitação em diferentes estratégias que lhes permitiram assegurar o cuidado do Outro, ajudando-o a prosseguir com o seu projeto de vida. Entre as diversas intervenções, sobressaem a participação em momentos de educação para a saúde sobre a realização de um correto levantar e alternância de decúbitos, minimizando os riscos inerentes de uma imobilidade prolongada. Referiram, ainda, um olhar diferenciado dos enfermeiros quando sugeriram a adequação do meio envolvente ao cliente idoso, de modo a prevenir a ocorrência de quedas, tanto durante o internamento, como quando o regresso a casa.

Tanto os clientes idosos, como os familiares/cuidadores, ao serem informados que os enfermeiros se mantêm como recurso de apoio, referiram sentir-se acompanhados durante o curso do internamento, recorrendo à equipa de enfermagem para o esclarecimento de dúvidas, fomentando em si um sentimento de segurança na continuidade dos cuidados e no seu regresso a casa. A articulação entre a equipa de enfermagem e os clientes idosos e cuidadores, foi vista como de extrema importância, surgindo como facto facilitador na transição do hospital para casa.

## 4. CONCLUSÃO

As modificações fisiológicas subjacentes ao envelhecimento, associadas à ocorrência de uma doença aguda ou à agudização da doença crônica, potenciam no idoso uma diminuição das suas reservas funcionais e uma maior fragilidade, podendo precipitar a hospitalização. Esta pode constituir-se como uma fase de transição na vida do idoso, com fatores stressores inerentes, necessitando este de desenvolver estratégias de adaptação a uma nova realidade (Meleis et al., 2000). A hospitalização, por si só, é reconhecida como um fator de risco na perda da funcionalidade da pessoa idosa, por isso, considera-se necessário a construção de uma política de cuidados direcionada para a prevenção do declínio funcional, em parceria com o idoso hospitalizado, que abranjam as mais diversas áreas da dimensão do cuidar, promovendo o cuidado de Si (Gomes, 2009).

Identificando a necessidade de melhores políticas direcionadas para a pessoa idosa e para os seus cuidadores, dever-se-á investir na conceção e implementação de projetos que visem a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a readaptação funcional e a reinserção social (OE, 2010a). Foi neste sentido, que este projeto apontou para a prevenção do declínio do grau de (in)dependência do cliente idoso hospitalizado no desempenho das suas ABVD, enquanto problemática suportada pela evidência científica. Este permitiu desenvolver intervenções baseadas na evidência em parceria com os clientes idosos e os seus cuidadores, capacitando-as com habilitações que lhes possibilitassem viver com independência e autonomia, aumentando a sua longevidade com qualidade de vida. O projeto possibilitou, ainda, consciencializar os enfermeiros das diferentes fases do Modelo de Parceria, permitindo a estes melhorar os seus registos de enfermagem e operacionalizar os seus cuidados ao cliente idoso e cuidador, promovendo o cuidado de Si.

Ao intervir nesta problemática foi possível desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das

aprendizagens profissionais, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivando a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciando a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (OE, 2010b; ESEL, 2013).

Com o fim de uma etapa de aprendizagem pessoal e profissional, e refletindo, este projeto atingiu a sua finalidade, encaminhando a pessoa idosa, atendendo às suas necessidades e ajudando-a a promover a sua independência funcional, facilitando as suas transições saúde-doença, com cuidados em parceria centrados na pessoa. Posso também afirmar que após análise reflexiva dos objectivos específicos, estes foram atingidos na sua globalidade, permitindo-me desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e sociais adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados na saúde do idoso, adquirindo o nível de perito (Benner, 2005). Com a continuação da implementação, juntamente com a equipa de enfermagem do local de estágio, do Manual de Intervenções, incorporando o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009), foi possível ainda o desenvolvimento de capacidades de liderança e supervisão. Ao estimular na equipa de enfermagem momentos promotores e capacitadores de otimização do grau de (in)dependência no desempenho das ABVD do idoso hospitalizado, foi possível garantir que o cliente idoso assumisse o cuidado de Si ou, na sua impossibilidade, que fosse assegurado o cuidado por Outro.

Este percurso permitiu igualmente refletir acerca da importância do papel do enfermeiro especialista, nomeadamente em estruturar um programa planeado e adaptado, onde se deve contemplar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, estabelecendo um plano de intervenção, movendo os recursos necessários, de forma a desenvolver cuidados de enfermagem que visem maximizar o grau de independência. Esta abordagem possibilitou refletir sobre a importância do cliente ter um papel ativo na manutenção da sua saúde, capacitando-o para agir e tomar decisões, de modo a promover o cuidado de Si. A proximidade que se estabelece com os clientes idosos e com os cuidadores fez sentir que a prática especializada encontra-se assente na criação de uma relação empática, pelo afeto estabelecido e pela visível satisfação destes ao se sentirem parceiros nos cuidados e alvos de atenção.

Como aspetos facilitadores da implementação deste projeto destacou-se o facto de ser parte integrante da equipa de enfermagem, facilitando a relação de confiança entre os diferentes elementos, do índice de Barthel se encontrar implementado no serviço há cerca de um ano, proporcionando facilidade no seu preenchimento, bem como a envolvimento demonstrada pela equipa. As limitações prendem-se essencialmente com a gestão do tempo e a sobrecarga de trabalho na equipa de enfermagem.

Este projeto surgiu na continuidade da implementação do Manual de Intervenções, mas por questões de limitação temporal, apenas incidiu na implementação das intervenções contempladas nas subcategorias “manipulação ambiental” e “andar/marcha ou deslocar-se”, pelo que se sugere a continuação da implementação das seguintes subcategorias do manual. Para a otimização do cuidado à pessoa idosa, sugere-se também a introdução e implementação de novos instrumentos que permitam aos enfermeiros uma avaliação multidimensional mais objetiva e completa, como a avaliação do estado cognitivo e de casos de delirium. Neste sentido, foi sugerida, e mostrada disponibilidade, para a elaboração de uma sessão de formação abordando a temática do delirium, relacionando-o com o declínio no desempenho das ABVD do idoso hospitalizado. Como investimento futuro nesta área, este poderá passar pela realização de um trabalho de investigação, destacando este serviço na prestação de cuidados direcionada para a promoção da independência nas ABVD da pessoa idosa hospitalizada.

Para finalizar, e após a realização deste relatório, considera-se que foram atingidos os objectivos do mesmo. Procurou-se ao longo deste trabalho explanar os objectivos, assim como as atividades desenvolvidas para os concretizar, de forma clara e fundamentada, descrevendo os seus contributos para este projeto. Embora me tenha deparado com algumas dificuldades ao longo do estágio, os obstáculos foram sendo vencidos e a realização deste relatório traduz as competências adquiridas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da Pessoa Idosa.

Só através de conhecimentos sólidos, podemos atuar de uma forma eficiente e eficaz sobre questões às quais somos chamados a dar resposta, sendo essencial a necessidade de formação contínua, da certificação e da qualificação profissional. Por tudo o que já anteriormente foi descrito e fundamentalmente pela aquisição de

competências que permitiram uma intervenção adequada, desenvolveu-se todo este percurso pessoal e profissional na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da Pessoa Idosa, que por se considerar inacabado pode vir a constituir um ponto de partida para novos estudos e projetos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica - Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- American Psychological Association (2010). *The Basics of APA Style*. Acedido a 10/02/2013. Disponível em: <http://www.apastyle.org/index.aspx>.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Bernabei, R.; Gray, L.; Hirdes, J.; Pei, X.; Henrard, J.; Jonsson, P.; Onder, G.; Gambassi, G.; Ikegami, N.; Ranhoff, A.; Carpenter, I.; Harwood, R.; Fries, B.; Morris, J.; Steel, K. (2009). *International Gerontology*. Em: Halter, J. [et al.] (2009). *Hazzard's: Geriatric Medicine and Gerontology* (pp. 69-96), 6ª ed. EUA: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Boltz, M., Capezuti, E., Shabbat, N.; Hall, K. (2010). Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(4), 381-388.
- Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shuluk, J.; Secic, M. (2012). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference?. *Geriatric Nursing*, 33(4), 272-279.
- Buurman, B.; Hoogerduijn, J.; van Gemert, E.; de Haan, R.; Schuurmans, R.; de Rooij, S. (2012). Clinical characteristics and outcomes of hospitalized older patients with distinct risk profiles for functional decline: a prospective cohort study. *PLoS One*, 7(1), e29621.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Clinical Epidemiology and Health Services (2004). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings*. Melbourne: Victorian Government Department of

Human Services. Acedido em: 21/02/2013, Disponível em: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/B7EBD633505C09E5CA257852000F0D42/\\$FILE/functional-decline-manual.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/B7EBD633505C09E5CA257852000F0D42/$FILE/functional-decline-manual.pdf)

- Covinsky, K.; Palmer, R.; Fortinsky, R.; Counsell, S.; Stewart, A.; Kresevir, D; Burant, C.; Landefeld, C. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458.
- Depolito, C.; Leocadio, P.; Cordeiro, R. (2009). Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(2), 183-9.
- Dias, E.; Duarte, Y.; Almeida, M.; Lebrão, M. (2011). Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22(1), 45-51.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido a 14/04/2013. Disponível: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). Regulamento de Mestrado. Lisboa.
- Farias, N.; Buchalla, C. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspetivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187-193
- Flanders, S.; Podrazik, P.; Whelan, C.; Blaum, C. (2009). Acute Hospital Care. Em: Halter, J. [et al.] (2009). *Hazzard's: Geriatric Medicine and Gerontology* (pp. 209-220), 6ª ed. EUA: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Fletcher, K. (2005). Immobility: Geriatric Self-Learning Module. *MEDSURG Nursing*, 14(1), 35-37.
- Fletcher, K. (2007). Optimizing Reserve in Hospitalized Elderly. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 285-302.
- Fortin, M-F (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foucault, M. (2005). *História da sexualidade 3: O Cuidado de Si* (8ª Ed). São Paulo: Edições Graal.



- Francis, C. (2005). *Iatrogenesis*. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Acedido a 20/11/2012. Disponível em: [http://consultgerirn.org/topics/iatrogenesis/want\\_to\\_know\\_more](http://consultgerirn.org/topics/iatrogenesis/want_to_know_more)
- Freire, R; Tavares, M. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface (Botucatu)*, 9(16), 147-158.
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 48-49.
- Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si. A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.
- Gomes, I. (2007). O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso - da submissão à ação negociada. Em: I. Gomes, et al. (2007) *Parceria e cuidado de enfermagem- uma questão de cidadania* (pp. 67-113). Coimbra: Formasau.
- Gomes, I. (2011). *Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team*. European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). First edition: September 2011. Layout, Binding and Printing: Impreta Tomás Hermans.
- Gordge, L.; De Young, J.; Wiechula, R. (2009). Reducing functional decline of older people in an acute-care setting: are we providing adequate care to maintain/optimize the functional status of our elder patients?. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(3), 181-186.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-68.
- Graf, C. (2007). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scale. *American Journal of Nursing*, 108 (4), 52-62.
- Graf, C. (2008). The hospital admission risk profile: the HARP helps to determine a patient's risk of functional decline. *The American Journal of Nursing*, 108(8), 62-71.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação – O Planeamento em Ciências Sociais* (2ª Edição). Cascais: Principia.

- Guyatt G.; Rennie D.; Meade M.; Cook D. (2002). *Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*, 1st Ed. American Medical Association. Chicago: American Medical Association
- Hoogerduijn, J.; Schuurmans, M.; Duijnste, M.; de Rooij, S.; Grypdonck, M. (2006). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (1), 46-57.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 – Resultados definitivos*. Lisboa. Acedido a 05/12/2012. Disponível:
- King, B. (2006). Functional Decline in Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*, 15 (5), 265-271.
- Kleinpell, R. (2007). Supporting independence in hospitalized elders in acute care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 247-252.
- Kleinpell, R; Fletcher, K; Jennings, B. (2008). Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. In: Hughes, G. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: HRQ Publication. Disponível em: [http://www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/docs/kleinpellr\\_rfdhe.pdf](http://www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/docs/kleinpellr_rfdhe.pdf)
- Lindquist, R.; Sendelbach, S. (2007). Maximizing Safety on Hospitalized Elders. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 277-284.
- Lobo, A; Pereira, A (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(4), 61-68.
- Mahoney F.; Barthel D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª Ed. Filadélfia: Lippincott, Williams e Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E. O.; Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

- Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 65-72). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Melnyck, B.; Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence based practice in Nursing and Health Care: A Guide to Best Practice*, 1st Ed. Filadélfia: Lippincott, Williams e Wilkins.
- Menezes, C.; Oliveira, V.; Menezes, R. (2010) Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*, 3 (2), 76-84.
- Mudge, A., Giebel, A.; Cutler, A. (2008). Exercising body and mind: an integrated approach to functional independence in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), 630-635.
- Nascimento, S. (2013). *A Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária do Doente Idoso Hospitalizado: A Parceria como uma Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si*. Lisboa: ESEL. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente da Pessoa Idosa (trabalho não publicado e cedido por Sílvia Nascimento).
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Relatório de Primavera 2010: da Depressão da Crise para a Prospeção Governativa da Saúde*. Lisboa: OPSS. Acedido em: 20/05/2012. Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011\\_OPSS\\_1.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório Primavera 2012: Crise e Saúde, Um país em sofrimento*. Lisboa: OPSS. Acedido em: 24/04/2013, Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem*. Acedido a 24/10/2012 Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_individualizacao\\_especialidades.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 25/10/2012 Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

- Organização Mundial de Saúde (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. OMS, DGS.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Padula, C.; Hughes, C.; Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 325-331.
- Palmisano-Mills, C. (2007). Common problems in hospitalized older adults: four programs to improve care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 48-54.
- Pashikanti, L.; Von Ah, D. (2012). Impact of Early Mobilization Protocol on the Medical-Surgical Inpatient Population: An Integrated Review of Literature. *Clinical Nurse Specialist*, 26(2), 87-94.
- Rodrigues, M.; Ferrão, L. (2006). *Formação Pedagógica de Formadores* (7ª Ed). Lisboa: Lidel.
- Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva das etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Saint-Hubert, M., Schoevaerds, D., Poulain, G., Cornette, P.; Swine, C. (2009). Risk factors predicting later functional decline in older hospitalized patients. *Acta Clinica Belgica*, 64(3), 187-194.
- Schumacher, K.; Jones, P.; Meleis, A. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 129-144). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Schumacker, K; Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. Em: Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

- Silva, I.; Oliveira, M.; Silva, S.; Polaro, S.; Radünz, V.; Santos, E.; Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3), 697-703.
- World Health Organization (2004). *A Glossary of terms for community health care and services for older persons*. World Health Organization: Japão. Acedido em: 15/05/2012. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.04.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser.04.2.pdf).
- World Health Organization (2012). Definition of an older or elderly person. Acedido a 5/4/2013. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/agingdefnolder/en/index.html>
- Zisberg, A.; Shadmi, E.; Sinoff, G.; Gur-Yaish N.; Srulovici, E.; Admi, H. (2011). Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 266-273.